

Umstellungsantrag der Leistungen der Pflegeversicherung

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

Telefonnummer

Es haben/werden sich Änderungen in meiner pflegerischen Versorgung ergeben. Ich beantrage daher die Umstellung auf folgende Leistungen **ab dem:**

- Pflegegeld
- Kombinationsleistung (Angabe Pflegedienst erforderlich)
Name Pflegedienst:
- Pflegesachleistung (Angabe Pflegedienst erforderlich)
Name Pflegedienst:
- Übertragung von Ansprüchen aus den Pflegesachleistungen bis zu 40%
(Zur Inanspruchnahme von Entlastungsleistungen)

Erläuterung: Wenn Sie zu Hause gepflegt werden, erhalten Sie mit Ihrem Pflegegrad ein monatliches Budget von € 125,00 für sogenannte Entlastungsangebote. Dieses Budget können Sie erhöhen, indem Sie bis zu 40 % Ihrer Ansprüche auf Pflegesachleistungen auf Entlastungsangebote übertragen. Dadurch vermindert sich Ihr Anspruch auf Pflegesachleistung oder auf das (anteilige) Pflegegeld entsprechend. Die übertragenen Leistungen können Sie für die nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag (z. B. Demenzcafé, Betreuungsnachmittage) nutzen.

Information zur Datenverarbeitung

Die Verarbeitung einschließlich der Erhebung von Daten ist nur zulässig, soweit sie zur Wahrnehmung unserer gesetzlichen Aufgaben erfolgt (§§ 67a und 67b Sozialgesetzbuch X). Neben den zur Anspruchsprüfung zu erhebenden Daten, bitten wir Sie, uns erweiterte Kontaktdaten zur Verfügung zu stellen, um eine schnelle und unbürokratische Kommunikation zu ermöglichen. Wir informieren darüber, dass die Angabe der Daten freiwillig erfolgt. Zur Verarbeitung der erweiterten Kommunikationsdaten (Telefon-Nr., Email-Adresse) können Sie durch Angabe der Daten Ihre Einwilligung erteilen. Sie ist in jedem Fall unabhängig von der Anspruchsprüfung und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Lediglich die für die Anspruchsprüfung notwendigen Daten sind erforderlich, um einen Anspruch feststellen zu können.

Alle Daten werden nur für die Dauer der gültigen Aufbewahrungsfristen verarbeitet und anschließend gelöscht. Wir bitten Sie, uns die Richtigkeit der Angaben und Ihre Einwilligung durch Unterschrift zu bestätigen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten/gesetzlichen Vertreters