Sie erreichen uns:

Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG Pflegeversicherung Doktorweg 2-4 32752 Detmold Mo - Fr: 8.00 - 18.00 Uhr Serviceteam Leistung Telefon 05231 975-3062 Telefax 05231 975-3710 E-Mail info@vrk.de

	ng auf Kostenübernahme der \ cherungsnummer:	V erhind	erungspflege nach § 39 SGB XI				
Allgemeine Angaben zur pflegebedürftigen Person							
Name,	Vorname						
Straße,	Hausnummer						
PLZ		Wohnort					
Geburtsdatum		Telefonnummer für Rückfragen					
<u>Allge</u>	meine Angaben zur Verhinderung	spflege	<u>.</u>				
Ich beantrage für die Zeit vom		_ bi	s				
	Tageweise Verhinderungspflege ¹ : Meine Pflegeperson(en) war(en) mindestens acht Stunden am Tag verhindert (z.B. aufgrund von Urlaub, Krankenhausbehandlung/Rehabilitationsmaßnahme)						
	Stundenweise Verhinderungspflege ² : Meine Pflegeperson(en) war(en) weniger als acht Stunden am Tag verhindert (z.B. für Einkäufe, Behördengänge, Freizeitaktivitäten)						
Grund	der Verhinderung:						
	Urlaub der Pflegeperson(en)		Krankheit der Pflegeperson(en)				
	Krankenhausbehandlung/Rehabilitationsmaßnahme						
	Sonstige Gründe (Angabe erforderlich):						
Folgen	de Pflegeperson(en) war(en) verhindert:						
Name,	Vorname		Diese Person pflegt mich seit ³				
Name,	Vorname		Diese Person pflegt mich seit ³				

Klassifikation: Intern

Angaben zur Verhinderungspflege							
Versicherungsnummer	Versicherungsnummer						
Die Verhinderungspflege wurde sichergestellt							
durch einen Pflegedienst oder in einer Einrichtung ⁴ (bitte reichen Sie die Rechnung zur Erstattung ein).							
Name des Pflegedienstes oder der Einrichtung							
Adresse des Pflegedienstes oder der Einrichtung							
durch eine private Ersatzpflegeperson.							
Name, Vorname der privaten Ersatzpflegeperson Geburtsdatum							
Adresse der privaten Ersatzpflegeperson							
Die Ersatzpflegeperson ist mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ^{5,6} .							
☐ ja ☐ nein							
Die Ersatzpflegeperson lebt mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft ⁶ .							
□ ja □ nein							
Höhe der gezahlten VergütungEuro							
Von der privaten Ersatzpflegeperson auszufüllen:							
Für die Verhinderungspflege vom bis habe ich insgesamt bis habe ich insgesamt bis bis bis habe ich insgesamt bis bis bis bis bis habe ich insgesamt bis							
Zusätzlich sind mir folgende Aufwendungen entstanden:							
Fahrtkosten Euro Bitte Nachweise (Fahrbelege,							
Verdienstausfallbescheinigung							
Verdienstausfall Euro o.Ä.) beifügen.							
Wurde die Verhinderungspflege durch die private Ersatzpflegeperson nicht in einem zusammenhängenden Zeitraum und/oder weniger als acht Stunden täglich erbracht, ist beiliegende Tabelle (siehe Merkblatt) zu füllen ⁷ .							
Ort, Datum Unterschrift der pflegebedürftigen Person*							
Ort, Datum Unterschrift der privaten Ersatzpflegeperson**							
*Unterschrift des Versicherten, seines Bevollmächtigten/Betreuers (Nachweis erforderlich) oder des Erziehungsberechtigten (nur wer das 15. Leber vollendet hat, kann selbst Anträge auf Sozialleistungen stellen. Andernfalls wird die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters benötigt).	nsjah						

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bewusst, dass unrichtige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Die Verarbeitung der mit diesem Formular erhobenen personenbezogenen Daten ist zur Bearbeitung Ihres Antrags auf Verhinderungspflege erforderlich. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und Ihren Rechten finden Sie auf www.VRK.de/Datenschutz.

Merkblatt zur Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI

sicherunsanummer:		
	sicherunsanummer:	sicherunsanummer:

Datum	Zeit in Stunden	Vergütung in Euro
_		

Klassifikation: Intern

¹ Bei einer Abwesenheit der Pflegeperson(en) von täglich acht Stunden oder mehr haben Personen, die Pflegegeld beziehen, am ersten und letzten Tag der Verhinderung einen vollen Anspruch auf Pflegegeld. Für die Zeit dazwischen besteht ein Anspruch auf die Hälfte des Pflegegeldes. Dieses wird außerdem auf die Höchstanspruchsdauer von 42 Tagen angerechnet.

² Bei einer stundenweise Verhinderungspflege wird das Pflegegeld nicht gekürzt.

³ Voraussetzung ist, dass die ständige(n) Pflegeperson(en) vor der erstmaligen Inanspruchnahme der Verhinderungspflege mindestens sechs Monate gepflegt hat(haben) und zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens eine Einstufung in den Pflegegrad 2 vorliegt.

⁴ Bei Verhinderungspflege in einer Pflegeeinrichtung sind lediglich die pflegebedingten Aufwendungen erstattungsfähig. Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen sind selbst zu tragen.

Verwandte bis zum zweiten Grad: Eltern, Kinder, Großeltern, Geschwister.
Verschwägerte bis zum zweiten Grad: Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern Schwiegersohn und -tochter, Schwiegerenkel, Schwiegergroßeltern, Schwager und Schwägerin.

⁶ Wird die Verhinderungspflege von Verwandten oder Verschwägerten bis zum zweiten Grad oder von Pflegepersonen durchgeführt, die mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft leben, sind die Leistungen der Verhinderungspflege maximal auf die Höhe des 1,5-fachen monatlichen Pflegegeldes begrenzt. Nur wenn höhere Aufwendungen (durch Fahrtkosten oder Verdienstausfall) von bis zu 1.612,00 Euro nachgewiesen werden und dieser Betrag ausgeschöpft ist, können offene Ansprüche auf Kurzzeitpflege möglicherweise bis zur Höhe von 806,00 Euro übertragen werden.

⁷ Wurde die Verhinderungspflege durch die private Ersatzpflegeperson nicht in einem zusammenhängenden Zeitraum und/oder weniger als acht Stunden täglich erbracht, ist nachfolgende Tabelle auszufüllen und mit dem Antrag auf Kostenübernahme der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI einzureichen.