Gut zu wissen: Wir verarbeiten Ihre Daten zur Leistungsgewährung nach § 39 SGB XI. Die Daten werden für 6 Jahre gespeichert und anschließend wieder gelöscht. Hinsichtlich Ihrer Betroffenenrechte verweisen wir auf Art. 12 ff. DS-GVO.

BARMER

Pflegekasse

Absender

BARMER
73523 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom
Ihr Zeichen

Abrechnung der Leistung bei Verhinderung der Pflegeperson

(Bitte nach Beendigung der Verhinderungspflege zur Erstattung einreichen.)

Zeitraum der Verhinderung – Bitte wählen Sie nur eine der beiden folgenden Situationen aus:

☐ **Tageweise Verhinderungspflege:** Die Pflegeperson war täglich 8 Stunden und mehr abwesend, beispielsweise aufgrund Urlaub, Aufenthalt im Krankenhaus.

vom bis (Datum bitte im Format TTMMJJJJ angeben.)

_____ _____ _____ , ____ Euro

_____ _____ _____ , ____ Euro

☐ **Stundenweise Verhinderungspflege:** Die Pflegeperson war weniger als 8 Stunden täglich abwesend, beispielsweise für Einkäufe, Behördengänge oder Freizeitaktivitäten.

Insgesamt wurde die Verhinderungspflege an ____ Tagen (____ Stunden insgesamt) durchgeführt.

vom bis (Datum bitte im Format TTMMJJJJ angeben.)

_____ _____ _____ , ____ Euro

Angaben zur Vertretungskraft

Vorname der Vertretungskraft _____ Geburtsdatum _____

Name der Vertretungskraft _____

Straße _____ Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück schicken.

BARMER

Pflegekasse

Name | Ihr Zeichen

Die Vertretungskraft lebt mit mir in einem Haushalt oder ist mit mir bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert:

☐ Nein

☐ Ja _____

Art der Verwandtschaft oder Schwägerschaft (z. B. Tochter, Enkel, Schwiegersohn)

Fahrkosten und Verdienstausfall – nur bei Verwandtschaft oder Schwägerschaft[1])

[1]) Bitte nur ausfüllen, wenn die Vertretungskraft mit Ihnen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist oder mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebt und Kosten entstanden sind.

☐ Fahrkosten mit einem öffentlichen Verkehrsmittel (Bitte Originalbelege beilegen.)

☐ Fahrkosten mit dem Privat-PKW

Fahrt(en) von: _____ nach: _____

Kilometer gesamt: _____ x 0,20 Euro = ____ , ____ **Euro**

☐ Verdienstausfall (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers über Nettoverdienstausfall beilegen.)

Rechnungsbetrag gesamt ____ , ____ **Euro**

Wurde der Rechnungsbetrag bereits an die Vertretungskraft gezahlt?

☐ **Nein** - Bitte erstatten Sie den Betrag direkt an die Vertretungskraft.

☐ **Ja** - Ich habe der Vertretungskraft den oben genannten Betrag gezahlt.

Bankverbindung für die Erstattung (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

D E

Deutsche IBAN

Ausländische IBAN (falls auf diese IBAN erstattet werden soll)

BIC (nur bei ausländischer IBAN erforderlich)

Name und Anschrift der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers

Straße | Nr.

PLZ | Ort

Unterschrift

Datum/Unterschrift der **Vertretungskraft**

Ich bin tagsüber erreichbar unter der Telefonnummer (Angabe ist freiwillig)

Datum/Unterschrift der/des **Versicherten bzw. der/des Bevollmächtigten** (Entfällt bei Rückgabe über das Postfach in Meine BARMER)

Ich bin tagsüber erreichbar unter der Telefonnummer (Angabe ist freiwillig)