Bitte zurück an:

vivida bkk

78044 Villingen-Schwenningen

Abrechnungsbogen für die Verhinderungspflege

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Versichertennummer
Zeitraum	Betrag

Bitte beachten Sie: Die Erstattung erhält grundsätzlich die pflegebedürftige Person.

Der Betrag soll auf das folgende Konto überwiesen werden:

IBAN

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Begründung für abweichenden Kontoinhaber

Ich füge als Nachweis für die Zahlung entsprechende Belege bei.

Hiermit bestätige ich, dass alle gemachten Angaben wahrheitsgemäß und richtig sind. Mir ist bewusst, dass ich mich mit Falschangaben nach § 263 Strafgesetzbuch des Sozialleistungsbetruges strafbar mache.“

Bei Fragen erreichen Sie mich unter: _____
Telefonnummer

Datum	Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Angaben der Pflegeperson:

_____
Name, Vorname

Angaben der Pflegevertretung:

_____ _____
Name, Vorname Geburtsdatum

_____ _____
Anschrift Telefon

Mir ist bekannt, dass der in Empfang genommene Betrag gegebenenfalls steuerpflichtiges Einkommen ist und von mir dem zuständigen Finanzamt zu melden ist.

Ich versichere, dass meine Angaben richtig sind.

_____ _____
Datum Unterschrift Pflegevertretung

Angaben zum Pflegeeinsatz

Die Pflege habe ich erbracht in der Zeit vom bis

Ich habe am (Datum) von _____(Name)

für meine Verhinderungspflege einen Betrag von _____ € erhalten.

Die vereinbarte Vergütung je Stunde beträgt: _____ €.

Die Detailangaben zu den Tagen und jeweiligen Stunden mache ich auf der letzten Seite.

Ich habe im Jahr bereits Verhinderungspflege für weitere Personen erbracht:

☐ Ja ☐ Nein

Die Verhinderungspflege erfolgte

☐ wegen Urlaub der Pflegeperson

☐ wegen Krankheit der Pflegeperson

☐ sonstige Gründe, tageweise (mehr als 8 Stunden täglich*)

☐ sonstige Gründe, tageweise (weniger als 8 Stunden täglich*)

*Die Stundenzahl bezieht sich auf die Abwesenheit der Pflegeperson und nicht der tatsächlich erbrachten Stundenzahl der Verhinderungspflege

Mir ist ein Netto-Verdienstausfall entstanden:

☐ Nein ☐ ja, ich füge eine Bescheinigung meines Arbeitgebers bei

Ich bin mit der pflegebedürftigen Person verwandt/verschwägert oder lebe mit ihr in häuslicher Gemeinschaft:

☐ Nein ☐ ja Bitte geben Sie den Grad der Verwandtschaft/Verschwägerung an

z.B. Schwester, Tante, Schwiegermutter: _____

Mir sind Fahrkosten entstanden:

☐ Nein ☐ ja, ich habe folgendes Verkehrsmittel benutzt: _____

Öffentliche Verkehrsmittel:

☐ Nein ☐ ja, ich füge die Originalbelege bei

Privater PKW:

☐ Nein ☐ ja, die wirtschaftlichste Route für den Hin- und Rückweg beträgt _____ km

Von: _____

Nach: _____

Anzahl der Fahrten: _____

Bitte beachten Sie: Fahrkosten im Rahmen der Verhinderungspflege können für die An- und Abfahrt der Ersatzpflegekraft zur pflegebedürftigen Person abgerechnet werden, sofern die Vergütung der Verhinderungspflege den Höchstbetrag noch nicht erreicht hat.

vividabkk
Ihre Krankenkasse

Tätigkeitsnachweis für Verhinderungspflege für: _____

Datum	Uhrzeit von – bis	Stunden		Datum	Uhrzeit von – bis	Stunden
Stunden gesamt: 0,00			Preis je Stunde: €			Gesamtkosten: 0,00 €