

Bitte zurück an:

vivida bkk

78044 Villingen-Schwenningen

Antrag und Abrechnungsbogen für Ihre 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 (freiwillige Angabe)

Datum

Unterschrift Versicherter/ gesetzlicher Vertreter

Bitte beachten Sie: Auf Grund gesetzlicher Regelungen ist der Erstattungsantrag für die Verhinderungspflege bis zum Ende des Jahres, der auf die Leistung folgt, einzureichen.

Beispiel: Leistungen der Verhinderungspflege aus dem Jahr 2026 müssen bis spätestens 31.12.2027 zur Erstattung beantragt werden. Danach besteht kein Anspruch mehr auf Erstattung der entstandenen Kosten.

Angaben zur Pflegeperson, die vertreten werden soll:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon (freiwillige Angabe)**Angaben zur Pflegevertretung:**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon (freiwillige Angabe)

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-Verdienstausschlag 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-/ Rückweg: _____ km

Von (Adresse):

Nach (Adresse):

Anzahl der Fahrten:

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

Tätigkeitsnachweis für Verhinderungspflege für: _____