Adresse der Pflegekasse

.....

.....

.....

Abrechnung zusätzlicher Entlastungsleistungen im Rahmen der Nachbarschaftshilfe nach § 45 b Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)

Name und Vorname der/des Versicherten

Geburtsdatum

PLZ

Ort

Straße/Hausnummer

Versichertennummer

Telefonnummer

Erklärung der/des Versicherten

In der Zeit vom ☐☐☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐☐☐ wurde ich stundenweise betreut.

Die Betreuung in der vorgenannten Zeit hat an insgesamt .....Stunden stattgefunden.

Ich bitte um Erstattung der Kosten in Höhe von ☐☐☐☐,☐☐ EUR* auf mein Bankkonto.

Name und Vorname

IBAN ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

BIC

Name des Geldinstitutes

Ort, Datum **Unterschrift der/des Versicherten/Bevollmächtigten/Betreuer/-in**

Erklärung der nachbarschaftshelfenden Person

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

Hiermit bestätige ich, dass ich die Betreuung und Entlastung unter Einhaltung der Rahmenvorgaben der ThürAUPAVO in der o. g. Zeit durchgeführt habe. Den dafür vorgenannten Betrag* habe ich erhalten bzw. den Erhalt vereinbart. Ich erfülle die Voraussetzungen nach § 8 Abs. 3 und Abs. 4 „Thüringer Verordnung über die Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung Pflegebedürftiger im Alltag (ThürAUPAVO) (siehe Seite 2 - Rückseite dieses Formulars).

Ort, Datum **Unterschrift der nachbarschaftshelfenden Person**

Bestätigung der Voraussetzungen nach § 8 Abs. 3 und Abs. 4 ThürAUPAVO

Zum Zwecke der Vorlage bei der zuständigen Pflegekasse im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens nach § 45b Absatz 2 SGB XI

Ich bestätige,	• dass ich nicht als Pflegepersonen im Sinne des § 19 SGB XI bei der Pflegebedürftigen oder dem Pflegebedürftigen tätig bin
	• dass ich nicht gesetzliche Betreuerin bzw. gesetzlicher Betreuer der zu betreuenden Person bin
	• dass ich nicht mit der Pflegebedürftigen oder dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert bin
	• dass ich nicht mit der Pflegebedürftigen oder dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft lebe
	• dass ich über einen ausreichenden Versicherungsschutz gegen Sach- und Personenschäden, die ich im Rahmen meiner Tätigkeit verursachen oder erleiden kann, verfüge
	• dass die Nachbarschaftshilfe ehrenamtlich erbracht wird und die erhaltene Aufwandentschädigung den Jahressteuerfreibetrag nach § 3 Nr. 36 EstG nicht übersteigt
	• dass ich höchstens 40 Stunden im Monat Pflegebedürftige unterstütze
	Zutreffendes bitte ankreuzen.
	☐ dass ich einen von den Pflegekassen für die Nachbarschaftshilfe anerkannten Kurs absolviert habe **<u>oder</u> (alternativ)** ☐ dass ich die vom Thüringer Ministerium für Soziales, Gesundheit, Arbeit und Familie erstellte Informationsbroschüre zur Nachbarschaftshilfe kenne und gelesen habe
Bei Minderjährigkeit	☐ Einwilligungserklärung der Sorgeberechtigten liegt vor und ist beigefügt (Formular 02)
Freiwillig:	☐ Ich erteile meine Einwilligung zur Überprüfung meiner Angaben zum Datenabgleich mit anderen Pflegekassen

Ort, Datum

Unterschrift der nachbarschaftshelfenden Person

Hinweis zum Datenschutz:
Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) zum Zweck der Abrechnung von Pflegeleistungen nach § 45 b SGBXI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen nach § 45 b SGB XI führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie bei Ihrer zuständigen Pflegekasse.
*Für Leistungen, welche entgegen den Regelungen der „Thüringer Verordnung über die Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung Pflegebedürftiger im Alltag“ erbracht wurden, besteht kein Zahlungsanspruch. Geleistete Zahlungen können in diesem Zusammenhang zurückgefordert werden.