

Versicherte/r:

geb. am:

Wohnhaft:

KV-Nr.:

Bitte senden an:

**BKK_DürkoppAdler
Pflegekasse
Stieghorster Str. 66
33605 Bielefeld**

Antrag auf Verhinderungspflege

Hiermit versichere ich, dass alle von mir auf diesem Formular gemachten Angaben wahrheitsgemäß und richtig sind. Bei einer etwaigen Überzahlung von Pflegegeld durch die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege stimme ich einer Aufrechnung mit zukünftigen Pflegeleistungen durch meine Pflegekasse zu.

Ort und Datum

Unterschrift Versicherten, des Betreuers oder gesetzlichen Vertreters

Ich beantrage Verhinderungspflege, weil die bisherige Pflegeperson aus folgendem Grund verhindert ist: (z.B. Urlaub, Krankheit, Freizeit, persönliche Erledigungen)	Verhinderungsgrund
Kontaktdaten der bisherigen Pflegeperson	Name
	Anschrift
	Telefon
	Pflege seit

Die Pflegeperson ist von der Pflege abwesend:

unter 8 Stunden am Tag

über 8 Stunden am Tag

Die Pflege soll erbracht werden in der Zeit

vom: _____ bis: _____

Antrag auf Übertrag von bis zu 843,00 € der noch nicht in Anspruch genommenen Kurzzeitpflegeleistungen (Der Leistungsanspruch für die Verhinderungspflege wird dadurch auf 2.528,00 € erhöht. Ich bin darüber informiert, dass sich der Anspruch auf die Kurzzeitpflege um den in Anspruch genommenen Betrag vermindert.)

Ab 01.07.2025 haben Pflegebedürftige die Möglichkeit den Leistungsbetrag nach § 39 Absatz 1 Satz 3 SGB XI im Kalenderjahr um bis zu 100 Prozent der Mittel für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 SGB XI auf insgesamt bis zu 3.539 Euro zu erhöhen, soweit die Mittel der Kurzzeitpflege in dem Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommen worden sind.

Während der Abwesenheit meiner bisherigen Pflegeperson soll die Pflege erbracht werden:

<input type="checkbox"/> außerhalb des Hauses	Name und Anschrift

<input type="checkbox"/> durch einen professionellen Pflegedienst Zuhause	_____
<input type="checkbox"/> durch eine Privatperson	_____
Die Privatperson ist mit mir verwandt/verschwägert:	Name
<input type="checkbox"/> Ja, in folgendem Verwandtschafts-/Schwägerschaftsverhältnis:	Straße
_____	PLZ, Wohnort
<input type="checkbox"/> Nein	

Hinweis: Ansprüche auf eine Verhinderungspflege können nur im tatsächlich geleisteten Umfang erstattet werden und dieser Umfang muss durch die Ersatzpflegekraft schriftlich bestätigt werden. Die Zahlung erfolgt direkt an die Ersatzpflegekraft oder nach Vorlage eines Zahlungsbeleges an Sie.

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Gewährung von Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI oder Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen z.B. bei den Leistungsansprüchen führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.bkk-da.de oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns unter datenschutz@bkk-da.de oder per Post BKK_DürkoppAdler, Datenschutzbeauftragter, Stieghorster Str. 66, 33605 Bielefeld an.