

## ABRECHNUNG GEMEINSAMER JAHRESBETRAG: VERHINDERUNGSPFLEGE DURCH PRIVATPERSON

für:

Name	Vorname
Versichertennummer	Geburtsdatum

### Bisherige Pflegeperson:

Name		Vorname	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort

### Die bisherige Pflegeperson war in folgendem Umfang an der Pflege verhindert:

<input type="checkbox"/> weniger als 8 Stunden am Tag
<input type="checkbox"/> 8 Stunden am Tag oder länger – aus folgendem Grund war die bisherige Pflegeperson abwesend:
<input type="checkbox"/> Erholungsurlaub <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> aus anderen Gründen

### Die Verhinderungspflege wurde von folgender Privatperson (Ersatzpflegekraft) erbracht:

Name		Vorname	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
<input type="checkbox"/> Diese Ersatzpflegekraft ist mit der pflegebedürftigen Person verwandt oder verschwägert. (bis 2. Grad)		<input type="checkbox"/> Diese Ersatzpflegekraft lebt mit der pflegebedürftigen Person in einem Haushalt.	

### Die Verhinderungspflege durch die Ersatzpflegekraft wurde durchgeführt in der Zeit:

vom:	bis:
------	------

### Dabei sind folgende Kosten entstanden und wurden beglichen: (Entsprechendes ankreuzen)

- |   |      |
|---|------|
| <input type="checkbox"/> gezahlte Verhinderungspflege für den Gesamtzeitraum<br><i>(eine Aufstellung der einzelnen Tage ist nicht erforderlich)</i> | Euro |
| <input type="checkbox"/> Verdienstaufschlag (Nettobetrag) <i>(gemäß beigefügter Bescheinigung)</i>  | Euro |
| <input type="checkbox"/> PKW: _____ gefahrene Kilometer x _____ Tage x 0,20 Euro  | Euro |
| <input type="checkbox"/> Kosten öffentliche Verkehrsmittel oder Taxi <i>(gemäß beigefügter Bescheinigung)</i>                                       | Euro |

### Quittung und Empfangsbestätigung

Gesamtbetrag Verhinderungspflege  Euro

Den oben angegebenen Gesamtbetrag der Verhinderungspflege habe ich erhalten:

\_\_\_\_\_ Datum und Unterschrift der Ersatzpflegekraft

Die Verhinderungspflege wurde wie angegeben durchgeführt. Ich bitte um Erstattung der Kosten:

\_\_\_\_\_ Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

#ZISCMIESP2@

#### Datenschutzhinweise:

Die VIActiv Pflegekasse, Suttner-Nobel-Allee 3–5, 44803 Bochum, verarbeitet personenbezogene Daten zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags als Sozialversicherungsträger. Dies ist insbesondere im Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) geregelt. Weitere Informationen gemäß der Artikel 12 ff. DS-GVO finden Sie in unseren „Informationen zum Datenschutz“, die Sie unter [viactiv.de/datenschutz](http://viactiv.de/datenschutz) oder in einem unserer Kundenservices einsehen können. Gerne senden wir Ihnen die Informationen auch per E-Mail ([service@viactiv.de](mailto:service@viactiv.de)) oder per Post zu – einfach unter der 0800 589 13 51 kostenfrei anrufen.

VIACTIV Pflegekasse  
Zentraler Posteingang  
44775 Bochum

