

## 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 (eine Aufstellung der einzelnen Tage ist nicht erforderlich)	_____ Euro
<input type="checkbox"/> Verdienstaufschlag (Nettobetrag) (gemäß beigefügter Bescheinigung)	_____ Euro
<input type="checkbox"/> PKW: _____ gefahrene Kilometer x _____ Tage x 0,20 Euro	_____ Euro
<input type="checkbox"/> Kosten öffentliche Verkehrsmittel oder Taxi (gemäß beigefügter Bescheinigung)	_____ Euro

### Quittung und Empfangsbestätigung

Gesamtbetrag Verhinderungspflege

\_\_\_\_\_ Euro

Den oben angegebenen Gesamtbetrag der Verhinderungspflege habe ich erhalten:

Hiermit bestätige ich, dass die Verhinderungspflege wie angegeben durchgeführt wurde. Die Zahlung an die Ersatzpflegekraft wurde vollständig geleistet. Belege für die durchgeführte Leistung sowie Zahlungsnachweise liegen vor und können auf Anfrage eingereicht werden.

Datum und Unterschrift der Ersatzpflegekraft

Datum und Unterschrift Versicherte/-r oder Betreuer/-in bzw. Bevollmächtigte/-r

### 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



ABRECHNUNG GEMEINSAMER JAHRESBETRAG: VERHINDERUNGSPFLEGE DURCH PRIVATPERSON

1

für:

Name	Vorname
Versichertennummer	Geburtsdatum

2

Bisherige Pflegeperson:

Name		Vorname	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort

3

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

☐ weniger als 8 Stunden am Tag

☐ 8 Stunden am Tag oder länger – aus folgendem Grund war die bisherige Pflegeperson abwesend:

☐ Erholungsurlaub☐ Krankheit☐ aus anderen Gründen

4

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.	

5

Die Verhinderungspflege durch die Ersatzpflegekraft wurde durchgeführt in der Zeit:

vom:

bis:

6

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

☐ gezahlte Verhinderungspflege für den Gesamtzeitraum (eine Aufstellung der einzelnen Tage ist nicht erforderlich)

Euro

☐ Verdienstausschlag (Nettobetrag) (gemäß beigefügter Bescheinigung)

Euro

☐ PKW: \_\_\_\_\_ gefahrene Kilometer x \_\_\_\_\_ Tage x 0,20 Euro

Euro

☐ Kosten öffentliche Verkehrsmittel oder Taxi (gemäß beigefügter Bescheinigung)

Euro

7

Quittung und Empfangsbestätigung

Gesamtbetrag Verhinderungspflege

Euro

8

Den oben angegebenen Gesamtbetrag der Verhinderungspflege habe ich erhalten:

Hiermit bestätige ich, dass die Verhinderungspflege wie angegeben durchgeführt wurde. Die Zahlung an die Ersatzpflegekraft wurde vollständig geleistet. Belege für die durchgeführte Leistung sowie Zahlungsnachweise liegen vor und können auf Anfrage eingereicht werden.

Datum und Unterschrift der Ersatzpflegekraft

Datum und Unterschrift Versicherte/-r oder Betreuer/-in bzw. Bevollmächtigte/-r

**Datenschutzhinweise:**  
Die VI  
ACTIV 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](mailto: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.

- 1
- Bitte tragen Sie hier die Daten der pflegebedürftigen Person ein.

2

3

„weniger als 8 Stunden am Tag“	Die Pflegeperson steht zwar zur Verfügung, ist aber zeitlich eingeschränkt (z. B. wegen Arztbesuch, Friseurtermin, Verabredung). Den Grund müssen Sie uns nicht nennen.
„8 Stunden am Tag oder länger“	Die Pflegeperson steht mindestens 8 Stunden nicht oder gar nicht zur Verfügung (wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen). Bitte kreuzen Sie in diesem Fall immer einen Grund an.

- 4
- Hier tragen Sie die Daten der Person ein, die die Pflege ersatzweise übernommen hat. Wenn ein Verwandtschaftsverhältnis zwischen der Ersatzpflegekraft und der pflegebedürftigen Person besteht, geben Sie das hier an. Gleiches gilt, wenn ein gemeinsamer Haushalt besteht.

5

6

„gezahlte Verhinderungspflege für den Gesamtzeitraum“	Diesen Betrag haben Sie für die pflegerische Unterstützung an die Ersatzpflegekraft gezahlt.
„Verdienstausschlag“ (Bitte fügen Sie unbedingt einen Nachweis bei.)	Wenn die Ersatzpflegekraft sich unbezahlten Urlaub genommen hat, um die Pflege durchzuführen, können Sie das hier eintragen.
Angaben zu gefahrenen Kilometern mit PKW	Wenn Fahrtkosten abgerechnet werden sollen und die Ersatzpflegekraft mit dem Auto angereist ist.
Kosten öffentliche Verkehrsmittel (Bitte fügen Sie unbedingt einen Nachweis bei.)	Wenn Fahrtkosten abgerechnet werden sollen und die Ersatzpflegekraft öffentliche Verkehrsmittel oder ein Taxi zur Anreise genutzt hat.

- 7
- Hier tragen Sie den Gesamtbetrag ein, den Sie der Ersatzpflegekraft gezahlt haben.

8