

ABSENDER/IN (VERSICHERTE PERSON ODER BEVOLLMÄCHTIGTE/R)

AN DIE PFLEGEKASSE DER

Name:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Datum: _____

Antrag auf stundenweise Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI / gemeinsamer Jahresbetrag § 42a SGB XI)

Versicherte/r: _____ · **Versichertennr.:** _____ ·

Pflegegrad: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

die häusliche Pflege wird hauptsächlich durch die folgende private Pflegeperson sichergestellt:

Name: _____ Verhältnis (z. B.
Tochter/Ehemann): _____

Diese Pflegeperson ist regelmäßig stundenweise an der Pflege verhindert (z. B. Berufstätigkeit, eigene Termine, Erholung). Für diese Zeiten beantrage ich die Kostenübernahme einer **stundenweisen Ersatzpflege (unter 8 Stunden pro Tag)** im Rahmen des gemeinsamen Jahresbetrags, voraussichtlich ab dem _____, im Umfang von ca. _____ Stunden pro Woche.

Die Ersatzpflege übernimmt (erwerbsmäßig tätig):

Ronja Tomm · Alltagshilfe Tomm · Helldamm 17 · 39179 Barleben · Tel. 039203 218562
Die Ersatzpflegeperson ist **nicht** mit der/dem Versicherten bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert und lebt **nicht** mit ihr/ihm in häuslicher Gemeinschaft. Vergütung: 30 € pro Stunde (Endpreis, § 19 UStG), Abrechnung per Rechnung mit Datum und Uhrzeit je Einsatz.

Ich bitte um **schriftliche Bestätigung**, dass die Kosten dieser stundenweisen Ersatzpflege im Rahmen des verfügbaren Jahresbetrags (2026: bis zu 3.539 €) gegen Vorlage der Rechnungen erstattet werden, sowie um Mitteilung des aktuell noch verfügbaren Budgets. Falls Sie ein eigenes Formular verwenden, senden Sie es mir bitte zu.

Mir ist bekannt, dass das Pflegegeld bei stundenweiser Verhinderungspflege (unter 8 Stunden täglich) ungekürzt weitergezahlt wird.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift versicherte Person / Bevollmächtigte/r

Ort, Datum