

## Nachweis zur Verhinderungspflege/Ersatzpflege

Service-Nr.:

Alle Angaben bitte in Druckschrift.

<b>Angaben der regulären Pflegeperson</b>	Name, Vorname				
	Ich war an der Pflege gehindert:				
	Datum von	Datum bis	Grund der Verhinderung (z. B. Krankheit, Urlaub, eigener Termin)	ganztätig	nur stundenweise
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> __ Stunden
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> __ Stunden

Diese Angaben bestätige ich als Pflegeperson rechtsverbindlich mit meiner Unterschrift.

X

Datum

X

Unterschrift

Alle Angaben bitte in Druckschrift.

<b>Angaben der Ersatzpflegeperson</b>	Ich habe die Pflege als Ersatzpflegeperson übernommen.	
	Name, Vorname der Ersatzpflegeperson	
	<input type="checkbox"/> Es besteht kein Verwandtschaftsverhältnis bis zum 2. Grad mit der pflegebedürftigen Person. <input type="checkbox"/> Ich lebe mit der pflegebedürftigen Person nicht in häuslicher Gemeinschaft. <input type="checkbox"/> Ich mache Pflegegeld geltend, weil ein Verwandtschaftsverhältnis oder eine Lebensgemeinschaft besteht: _____ (Bitte geben Sie Verwandtschaftsverhältnisse nur bis einschließlich des 2. Grades an.)	
	<input type="checkbox"/> Folgende Kosten sind für die Ersatzpflege zusätzlich angefallen: _____ (Bitte fügen Sie sämtliche Nachweise bei und schlüsseln Sie die Aufwendungen auf.)	
	Ich bestätige den Erhalt von	Euro

Die Angaben bestätige ich rechtsverbindlich mit meiner Unterschrift.

X

Datum

X

Unterschrift der Ersatzpflegeperson