



Abrechnung der Unterstützungsleistung nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI

Angebot zur Unterstützung im Alltag als „Einzelhelferin/ Einzelhelfer“ gemäß
§ 45a SGB XI

1

Angaben zur versicherten Person/ Leistungsempfänger:in

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Versichertennummer:

I. Angaben zur Einzelhelferin / zum Einzelhelfer

Name, Vorname:

Anschrift:

II. Angaben zur Unterstützungsleistung der Einzelhelferin / des
Einzelhelfers

Erklärung der Leistungsempfängerin/des Leistungsempfängers

Im Abrechnungszeitraum von _____ bis _____

wurde ich durch _____ (Name, Vorname)

als Einzelhelferin/ Einzelhelfer unterstützt.

Ich bitte um die Erstattung der Aufwendungen und Auslagen in Höhe von _____ (Gesamtbetrag in Euro).



Erklärung und Einverständnis der Einzelhelferin/ des Einzelhelfers

Hiermit bestätige ich, dass ich die Unterstützung in der o.g. Zeit durchgeführt habe und mir dafür die oben aufgeführten Kosten/Aufwendungen entstanden sind.

Zudem bestätige ich, dass ich das Angebot als Einzelhelferin/Einzelhelfer gemäß den Anerkennungserfordernissen im Rahmen des Modellprojektes erbringe und mir diese bekannt sind.

Weiter erkläre ich mein Einverständnis, dass meine personenbezogenen Daten zwischen den Pflegekassen im Rahmen des Modellprojektes abgeglichen werden dürfen. Durch den Datenabgleich kann geprüft werden, ob die Erstattung über den Entlastungsbetrag zu Recht gezahlt wurde.

3

Ort, Datum

Unterschrift der Einzelhelferin / des Einzelhelfers

Bitte überweisen Sie den erstattungsfähigen Gesamtbetrag auf folgendes Konto:

Kontoinhaber:in

IBAN:

BIC:

Geldinstitut:

Ort, Datum

Unterschrift der:des Versicherten*
Gesetzliche:r Betreuer:in/Bevollmächtigte



Abtretungserklärung zum Anspruch auf Erstattung

gem. § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI an die Einzelhelferin/ den Einzelhelfer (gem. § 45a SGB XI)

Name, Vorname

Geburtsdatum

4

Ich bin damit einverstanden, dass meine

Pflegekasse

den Entlastungsbetrag (gem. § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI) als Erstattungsleistung für das Angebot zur Unterstützung im Alltag (gem. § 45a SGB XI) direkt mit meiner Einzelhelferin /meinem Einzelhelfer (s. o.) abrechnet.

Ort, Datum

Unterschrift der:des Versicherten*
Gesetzliche:r Betreuer:in/Bevollmächtigte

Annahme der Abtretung durch die Einzelhelferin/ den Einzelhelfer

Ich nehme die Abtretung an.

Ort, Datum

Unterschrift der Einzelhelferin / des Einzelhelfers