

Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege

Datum

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Versichertennummer

Postleitzahl/Wohnort

Telefon

1. Ich beantrage:

- a. **stundenweise Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI**
- stundenweise Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI Abs. 2 als anteilige Kurzzeitpflege**

Stundenweise Verhinderungspflege kann beantragt werden, wenn die Pflegeperson an einzelnen Tagen **weniger als acht** Stunden verhindert ist (z. B. um am Vormittag oder Nachmittag Einkäufe, Behördengänge oder Ähnliches zu erledigen). Voraussetzung ist ferner, dass die Pflegeperson an diesen Tagen auch selbst eine Pflegeleistung erbringt.

- b. **tageweise** Verhinderungspflege

Tageweise Verhinderungspflege kann beantragt werden, wenn die Pflegeperson für einen zusammenhängenden Zeitraum **mindestens acht Stunden täglich** verhindert ist.

2. Die stunden- bzw. tageweise Verhinderungspflege ist erforderlich:

- weil meine Pflegeperson wegen **Urlaub** vorübergehend verhindert ist.
- weil meine Pflegeperson wegen **Krankheit** vorübergehend verhindert ist.
- weil meine Pflegeperson aus **sonstigen Gründen vorübergehend** verhindert ist.
Verhinderungsgrund: Verschiedene Gründe, u. a. Wahrnehmung von Terminen, Entlastung pflegender Familienangehöriger

3. Ich werde seit: **Geburt** von folgender Person in der häuslichen Umgebung gepflegt:

Name der Pflegeperson(en)

s. o.

Anschrift der Pflegeperson(en)

4. Die Verhinderungspflege wird in folgendem Zeitraum durchgeführt:

01.01.2021 bis 31.12.2021

5. Die Verhinderungspflege wird durchgeführt durch:

- eine erwerbsmäßig tätige Pflegeperson (Pflegekraft eines Pflegedienstes o. Ä.)

Lebenshilfe Nürnberg e.V. – Offene Behindertenarbeit (OBA) – IK-Nr.: 500 950 282

Name der Einrichtung/des Pflegedienstes

Rosenplütstraße 2, 90439 Nürnberg

Anschrift der Einrichtung/des Pflegedienstes

- eine Privatperson (Angehörige, Verwandte, Nachbarn o. Ä.)

Name der Privatperson

Anschrift der Privatperson

Sind Sie mit der Privatperson verwandt oder verschwägert?

- Ja, ggf. wie?

Art der Verwandtschaft oder Schwägerschaft

- Nein

Leben Sie mit der Privatperson in häuslicher Gemeinschaft?

- Ja Nein

Entstehen der Privatperson Aufwendungen?

- Ja, ggf. welche?

Art der Aufwendungen (z. B. Verdienstausschlag oder Fahrtkosten)

- Nein

Datum und Unterschrift des Versicherten, des Betreuers oder gesetzlichen Vertreters

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir über Ihren Antrag auf Verhinderungspflege gem. § 39 SGB XI entscheiden können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall auf Grund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

Ausfüllhilfe Antrag auf Leistungen der Verhinderungs-Pflege

Sie haben auf der Abtretungs-Erklärung die Verhinderungs-Pflege angekreuzt?

Oder die anteilige Kurz-Zeit-Pflege?

Dann müssen Sie den Antrag ausfüllen.

Der Antrag hat 2 Seiten.

Sie müssen die **gelb markierten Stellen** ausfüllen.

Diese Stellen sind:

- Name und Adresse des Angehörigen mit Behinderung. Diese Person ist der Antrags-Steller.
- Das Datum, an dem Sie den Antrag ausfüllen.
- Das Geburts-Datum und die Versicherten-Nummer des Angehörigen mit Behinderung und
- eine Telefon-Nummer unter der man Sie erreichen kann.

Das passiert nur, wenn die Pflege-Kasse Fragen zum Antrag hat.

Unser Antrag ist Vor-Ausgefüllt.

Das heißt, wir haben einige Felder schon ausgefüllt.

Bei Punkt 1, 2, 4 und 5 steht schon etwas in den Feldern.

Das bedeutet der Antrag:

- **Punkt 1:**

Hier müssen Sie ankreuzen was Sie beantragen.

Es gibt zwei Möglichkeiten wie Sie die Verhinderungs-Pflege nutzen können.

Entweder stunden-weise.

Das heißt, jemand kommt für einige Stunden zu Ihnen.

Und unternimmt etwas mit Ihrem Angehörigen mit Behinderung.

Oder tage-weise.

Das heißt, jemand kommt für einen ganzen Tag zu Ihnen.

Und unternimmt etwas mit Ihrem Angehörigen mit Behinderung.

Es gibt einen Nach-Teil:

Ihr Pflege-Geld wird für diesen Tag halbiert.

Deswegen ist auf unserem Antrag die stunden-weise Verhinderungs-Pflege angekreuzt.

- **Punkt 2:**

Hier müssen Sie sagen, warum Sie die Verhinderungs-Pflege brauchen.

Es gibt drei Möglichkeiten:

❖ Weil Sie wegen **Urlaub** verhindert sind.

Das heißt: Sie sind im Urlaub.

Deswegen können Sie sich nicht um Ihren Angehörigen mit Behinderung kümmern.

❖ Weil Sie wegen **Krankheit** verhindert sind.

Das heißt: Sie sind krank.

Deswegen können Sie sich nicht um Ihren Angehörigen mit Behinderung kümmern.

❖ Weil Sie aus **sonstigen Gründen** vorübergehend verhindert sind.

Das heißt: Sie haben einen anderen Grund.

Zum Beispiel Arzttermine.

Deshalb können Sie sich nicht um Ihren Angehörigen mit Behinderung kümmern.

Auf dem Antrag ist dieser Punkt angekreuzt.

Sie müssen keinen Grund nennen, warum Sie die Verhinderungs-Pflege nutzen möchten.

- **Punkt 3:**
Tragen Sie im grünen Feld Ihren Namen ein.
Sie sind die Pflege-Person.

- **Punkt 4:**
Die Verhinderungs-Pflege ist immer von Januar bis Dezember gültig.
Das heißt: Ist noch Geld am Ende des Jahres da, verfällt es.

- **Punkt 5:**
Hier müssen Sie angeben wer die Verhinderungs-Pflege durch-führt.
Es gibt 2 Möglichkeiten.
Möglichkeit 1:
Eine erwerbsmäßige Person führt die Verhinderungs-Pflege durch.
Eine erwerbsmäßige Person ist zum Beispiel eine Pflegekraft.
Oder ein ehrenamtlicher Mitarbeiter der OBA.
Möglichkeit 2:
Eine Privat-Person führt die Verhinderungs-Pflege aus.

Auf unserem Antrag ist eine erwerbsmäßige Person angekreuzt.

Das heißt: ein ehrenamtlicher Mitarbeiter oder eine ehrenamtliche Mitarbeiterin von der OBA kommt zu Ihnen.

Und unternimmt etwas mit Ihrem Angehörigen mit Behinderung.

Bitte sprechen Sie mit uns, wenn Sie die Verhinderungs-Pflege privat nutzen möchten!

Sie müssen den Antrag unterschreiben.

Und das Datum eintragen.

Den Antrag schicken Sie bitte uns.

Wir senden ihn an die Pflege-Kasse.

Sie bekommen eine Kosten-Zusage von der Pflege-Kasse.

Das heißt: Wir von der OBA dürfen Rechnungen über die Verhinderungs-Pflege an die Pflege-Kasse schicken.

Ausfüllhilfe Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege

31.01.2020

Datum

Mustermann, Max**01.11.1987**

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Musterstr. 45**D123456789**

Straße, Hausnummer

Versichertennummer

90459 Nürnberg**9011/123456**

Postleitzahl/Wohnort

Telefon

1. Ich beantrage:

- a. **stundenweise Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI**
- stundenweise Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI Abs. 2 als anteilige Kurzzeitpflege**

Stundenweise Verhinderungspflege kann beantragt werden, wenn die Pflegeperson an einzelnen Tagen **weniger als acht** Stunden verhindert ist (z. B. um am Vormittag oder Nachmittag Einkäufe, Behördengänge oder Ähnliches zu erledigen). Voraussetzung ist ferner, dass die Pflegeperson an diesen Tagen auch selbst eine Pflegeleistung erbringt.

- b. **tageweise** Verhinderungspflege

Tageweise Verhinderungspflege kann beantragt werden, wenn die Pflegeperson für einen zusammenhängenden Zeitraum **mindestens acht Stunden täglich** verhindert ist.

2. Die stunden- bzw. tageweise Verhinderungspflege ist erforderlich:

- weil meine Pflegeperson wegen **Urlaub** vorübergehend verhindert ist.
- weil meine Pflegeperson wegen **Krankheit** vorübergehend verhindert ist.
- weil meine Pflegeperson aus **sonstigen Gründen vorübergehend** verhindert ist.
Verhinderungsgrund: Verschiedene Gründe, u. a. Wahrnehmung von Terminen, Entlastung pflegender Familienangehöriger

3. Ich werde seit: **Geburt** von folgender Person in der häuslichen Umgebung gepflegt:**Frau Maria Mustermann (Mutter)**

Name der Pflegeperson(en)

s. o.

Anschrift der Pflegeperson(en)

4. Die Verhinderungspflege wird in folgendem Zeitraum durchgeführt:

01.01.2021 bis 31.12.2021

5. Die Verhinderungspflege wird durchgeführt durch:

- eine erwerbsmäßig tätige Pflegeperson (Pflegekraft eines Pflegedienstes o. Ä.)

Lebenshilfe Nürnberg e.V. – Offene Behindertenarbeit (OBA) – IK-Nr.: 500 950 282

Name der Einrichtung/des Pflegedienstes

Fahrradstraße 54, 90429 Nürnberg

Anschrift der Einrichtung/des Pflegedienstes

- eine Privatperson (Angehörige, Verwandte, Nachbarn o. Ä.)

Name der Privatperson

Anschrift der Privatperson

Sind Sie mit der Privatperson verwandt oder verschwägert?

- Ja, ggf. wie?

Art der Verwandtschaft oder Schwägerschaft

- Nein

Leben Sie mit der Privatperson in häuslicher Gemeinschaft?

- Ja Nein

Entstehen der Privatperson Aufwendungen?

- Ja, ggf. welche?

Art der Aufwendungen (z. B. Verdienstaufschlag oder Fahrtkosten)

- Nein

 Bitte hier Datum eintragen und unterschreiben.

Datum und Unterschrift des Versicherten, des Betreuers oder gesetzlichen Vertreters

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir über Ihren Antrag auf
Verhinderungspflege gem. § 39 SGB XI entscheiden können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28
SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall auf Grund § 94 SGB XI zu
erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen)
führen. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.