

# 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:

01.01.2024 bis 31.12.2024

5. Die Verhinderungspflege wird durchgeführt durch:

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

**Lebenshilfe Nürnberg e.V. – Offene Hilfen – 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. Verdienstausfall 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.

—