

Hinweis: Diese Seite bitte nur ausfüllen, wenn die Zahlung direkt an die Einzelhelferin oder den Einzelhelfer erfolgen soll. Wenn die Zahlung direkt an Sie als pflegebedürftige Person erfolgen soll, bitte diese Seite nicht ausfüllen.

Abtretungserklärung zum Anspruch auf Erstattung

gem. § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI an die/den Einzelhelferin/Einzelhelfer (gem. § 45a SGB XI)
(wenn Sie über eine Abtretungserklärung abrechnen, füllen Sie diese bitte jedes Mal erneut aus.
Privatversicherte wenden sich bei gewünschter Direktzahlung direkt an ihr Versicherungsunternehmen)

Name, Vorname
der/des Versicherten

Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden, dass meine Pflegekasse/ mein privates Versicherungsunternehmen

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 ehrenamtlichen Einzelhelferin/meinem ehrenamtlichen Einzelhelfer (s. o.) abrechnet.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person,
ggfs. gesetzliche Betreuerin/gesetzlicher
Betreuer/ Bevollmächtigte, Bevollmächtigter

Annahme der Abtretung durch die ehrenamtliche Einzelhelferin/den ehrenamtlichen Einzelhelfer

Ich nehme die Abtretung an.

Ort, Datum

Unterschrift der Einzelhelferin/des Einzelhelfers