

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

Bitte das Formular direkt an die Pflegekasse/das private  
Versicherungsunternehmen schicken.

Angebot zur Unterstützung im Alltag als ehrenamtliche Einzelhelferin/als ehrenamtlicher Einzelhelfer gemäß § 45a SGB XI

## Angaben zur versicherten Person/ zur Leistungsempfängerin bzw. zum Leistungsempfänger

Name, Vorname:

---

Adresse:

---

Geburtsdatum:

---

Versichertennummer:

---

## Angaben zur ehrenamtlichen Einzelhelferin/zum ehrenamtlichen Einzelhelfer

Name, Vorname:

---

Anschrift:

---

**Eine Kopie des ausgefüllten und unterschriebenen Vordrucks „Bestätigung des zukünftigen Einsatzes als ehrenamtliche Einzelhelferin oder als ehrenamtlicher Einzelhelfer“ ist beigefügt.**

## Angaben zur Unterstützungsleistung der ehrenamtlichen Einzelhelferin/des ehrenamtlichen Einzelhelfers

### Erklärung der Leistungsempfängerin/des Leistungsempfängers

Im Abrechnungszeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

wurde ich durch die oben angegebene Person durch niederschwellige Unterstützungsleistungen unterstützt.

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

Bitte das Formular direkt an die Pflegekasse/das private Versicherungsunternehmen schicken.

### 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.

---

Ort, Datum

Unterschrift Einzelhelferin/Einzelhelfer

Bitte überweisen Sie den erstattungsfähigen Gesamtbetrag auf folgendes Konto:

Kontoinhaberin/  
Kontoinhaber

IBAN:

BIC:

Geldinstitut:

---

Ort, Datum

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