

Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege

BKK VerbundPlus
Zeppelinring 13
88400 Biberach

BKK
PFLEGE
VERSICHERUNG

Fax: **07351 1824-813**
E-Mail: **info@bkkvp.de**
Haben Sie Fragen?
Servicehotline: **0800 2 234 987**
(Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

Persönliche Angaben

Name des Versicherten	Vorname des Versicherten
Geburtsdatum des Versicherten	Krankenversicherungsnummer
Straße des Versicherten	PLZ, Ort des Versicherten

Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege

Ich beantrage	ab	bis
---------------	----	-----

ganztägige Abwesenheit der Pflegeperson

stundenweise Verhinderungspflege (unter 8 Std. täglich) Wichtig: Die Pflegeperson ist an einzelnen Tagen für eine bestimmte Zeit an der Pflege verhindert (Angabe Anzahl Stunden)

Wurde der/die Pflegebedürftige vor der Verhinderung Pflegeperson bereits sechs Monate in seiner Häuslichen Umgebung gepflegt?

ja nein

Ich erhalte oder beabsichtige „Leistungen der Eingliederungshilfe“ zu beantragen?

ja, (Angabe des Leistungsträger, z.B. Sozialamt, Beihilfe usw.)

seit

Antrag gestellt am

nein

Die Verhinderungspflege erfolgt

durch einen Pflegedienst

Name der Einrichtung

Straße der Einrichtung

PLZ, Ort der Einrichtung

durch eine Privatperson

Name der Ersatzpflegeperson

Verwandt oder Verschwägert bis zum 2 Grad ja nein

Straße der Ersatzpflegeperson

PLZ, Ort der Ersatzpflegeperson

Lebt die Ersatzkraft mit dem /der Pflegebedürftigen in einem gemeinsamen Haushalt? ja nein

Grund der Verhinderung der Pflegeperson

Krankheit der Pflegeperson

Erholung der Pflegeperson

Sonstige Gründe

Sofern mein Anspruch auf Verhinderungspflege ausgeschöpft ist, sollen die zur Verfügung stehenden Ansprüche der Kurzzeitpflege (bis zu max. 806 €) auf die Verhinderungspflege übertragen werden. Ich wünsche den Übertrag der Kurzzeitpflege auf die Verhinderungspflege

ja nein

Unterschrift

Datum

Unterschrift des Versicherten oder des Bevollmächtigten

Hinweis

Der Antrag sollte möglichst vor Beginn der Inanspruchnahme der Pflegekasse vorliegen.

Datenschutzhinweis

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 SGB I erforderlich. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.