mhplus

mhplus Betriebskrankenkasse
Pflegekasse
71632 Ludwigsburg

Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld
Bitte fügen Sie das ärztliche Attest* bei. Herzlichen Dank!

Name des Pflegebedürftigen: _____
Geburtsdatum des Pflegebedürftigen: _____
Versicherungsnummer des Pflegebedürftigen: _____

_____
Ihr Name Ihre Anschrift

Das Pflegeunterstützungsgeld soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC: | | | | | | | | | | | |

Kontoinhaber/in: _____

Ich versichere, dass ich meinen Angehörigen gepflegt und vom _____ bis zum _____ nicht gearbeitet habe. Gegen meinen Arbeitgeber habe ich

☐ keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. ☐ Anspruch auf Entgeltfortzahlung für _____ Tage.

Arbeitgeber: _____
Anschrift: _____

_____
Datum Unterschrift

Erläuterungen

Sie können sich bis zu zehn Arbeitstage von der Arbeit freistellen lassen, wenn Sie die Zeit zur Organisation der Pflege benötigen. Dies trifft zu, wenn Sie sich um einen nahen Angehörigen kümmern und die Pflege kurzfristig organisieren oder sicherstellen müssen. Bitte informieren Sie Ihren Arbeitgeber unbedingt über die voraussichtliche Ausfallzeit. Als Nachweis können Sie ihm die ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit vorlegen.

*Aus dem Attest müssen folgende Angaben hervorgehen:

+ Name des pflegebedürftigen Angehörigen
+ Vorliegen einer akuten Pflegesituation, die das Organisieren und Sicherstellen der Pflege notwendig macht
+ Zeitraum der Ausfallzeit
+ Bestätigung der voraussichtlichen bzw. bestehenden Pflegebedürftigkeit