

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: _____

Krankenkasse: _____

Datum _____ **X** 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. Bei Ihrem Angehörigen muss voraussichtliche Pflegebedürftigkeit (mindestens Pflegegrad 1) vorliegen. Bitte informieren Sie Ihren Arbeitgeber unbedingt über die voraussichtliche Ausfallzeit. Als Nachweis können Sie ihm die ärztliche Bescheinigung über die voraussichtliche 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 (mindestens Pflegegrad 1)