

Antwort

mhplus Betriebskrankenkasse
 Pflegeversicherung
 71632 Ludwigsburg

Kosten für die stundenweise Verhinderungs-Pflege (weniger als 8 Stunden täglich)

Zur pflegebedürftigen Person:

 Nachname, Vorname der pflegebedürftigen Person

 Geburtsdatum

 Versicherungsnummer

Wie lange dauerte die Ersatzpflege? (Datum von – bis)	Wie viele Stunden?	Wie viel Lohn? (in Euro)	Wie lange dauerte die Ersatzpflege? (Datum von – bis)	Wie viele Stunden?	Wie viel Lohn? (in Euro)

Insgesamt zu erstatten: _____ Euro

Vereinbarer Stundenlohn: _____ Euro pro Stunde

Meine Ersatz-Pflegeperson hatte weitere Kosten:

Verdienstaussfall: _____ Euro (Schicken Sie den Nachweis des Arbeitgebers bitte mit.)

Fahrkosten

- Öffentliche Verkehrsmittel (Schicken Sie den Kostennachweis bitte mit.)
- Pkw (0,20 Cent pro Kilometer):

Zahl der Fahrten: _____ Kilometer pro Fahrt: _____

Gesamtkosten: _____ Euro

Zur Ersatz-Pflegeperson:

Nachname, Vorname der Ersatz-Pflegeperson

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

- Die Ersatz-Pflegeperson ist mit der pflegebedürftigen Person bis zum 2ten Grad verwandt oder verschwägert. Oder sie lebt in ihrem Haushalt.

Zu Verwandten bis zum **2ten Grad gehören**: Eltern, Kinder (einschließlich der für ehelich erklärten und angenommenen Kinder), Großeltern, Enkelkinder und Geschwister. Zu Verschwägerten bis zum 2ten Grad gehören: Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder (Stiefkinder des Ehepartners), Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Schwiegerenkel (Ehepartner der Enkelkinder), Großeltern des Ehepartners, Stiefgroßeltern, Schwägerin/Schwager.

- Die Ersatz-Pflegeperson hat mindestens eine weitere pflegebedürftige Person ersatzweise gepflegt: und zwar mehr als 1 Woche in den letzten 12 Monaten.
- Die Ersatz-Pflegeperson bestätigt, dass sie die Verhinderungs-Pflege übernommen hat.
- Die Ersatz-Pflegeperson bestätigt, dass sie den erstatteten Betrag bekommen hat. Oder dass sie ihn bekommt, sobald mhplus ihn gezahlt hat.

X

Datum

Unterschrift der Ersatz-Pflegeperson

Zur Zahlung:

- Die übertragbaren Kosten der Kurzzeit-Pflege soll mhplus als Verhinderungs-Pflege auszahlen.

Kontodaten (Geben Sie bitte das Konto der **pflegebedürftigen Person** an):

IBAN: | D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Kontoinhabende Person: _____

Die Ersatz-Pflegeperson weiß, dass die Pflegeversicherung von mhplus ihre Informationen prüfen kann.

X

Datum

Unterschrift der pflegebedürftigen Person oder einer bevollmächtigten Person