

Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege

Datum

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Versichertennummer

Postleitzahl/Wohnort

Telefon

1. Ich beantrage:

- a. **stundenweise Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI**
 stundenweise Verhinderungspflege nach § 42 SGB XI als anteilige Kurzzeitpflege
Stundenweise Verhinderungspflege kann beantragt werden, wenn die Pflegeperson an einzelnen Tagen **weniger als acht** Stunden verhindert ist (z. B. um am Vormittag oder Nachmittag Einkäufe, Behördengänge oder Ähnliches zu erledigen). Voraussetzung ist ferner, dass die Pflegeperson an diesen Tagen auch selbst eine Pflegeleistung erbringt.
- b. **tageweise** Verhinderungspflege
Tageweise Verhinderungspflege kann beantragt werden, wenn die Pflegeperson für einen zusammenhängenden Zeitraum mit Ausnahme des ersten und letzten Tages **mindestens acht Stunden** verhindert ist.

2. Die stunden- bzw. tageweise Verhinderungspflege ist erforderlich:

- weil meine Pflegeperson wegen **Urlaub** vorübergehend verhindert ist.
- weil meine Pflegeperson wegen **Krankheit** vorübergehend verhindert ist.
- weil meine Pflegeperson aus **sonstigen Gründen vorübergehend** verhindert ist.

Verhinderungsgrund: Verschiedene Gründe, u. a. Wahrnehmung von Terminen, Entlastung pflegender Familienangehöriger

3. Ich werde seit: Geburt von folgender Person in der häuslichen Umgebung gepflegt:

Name der Pflegeperson(en)

S. O.

Anschrift der Pflegeperson(en)

4. Die Verhinderungspflege wird in folgendem Zeitraum durchgeführt:

01.01.2022 bis 31.12.2022

5. Die Verhinderungspflege wird durchgeführt durch:

eine erwerbsmäßig tätige Pflegeperson (Pflegekraft eines Pflegedienstes o. Ä.)

Lebenshilfe Nürnberg e.V. – Offene Behindertenarbeit (OBA) – IK-Nr.: 500 950
282

Name der Einrichtung/des Pflegedienstes

Rosenplütstraße 2, 90439 Nürnberg

Anschrift der Einrichtung/des Pflegedienstes

eine Privatperson (Angehörige, Verwandte, Nachbarn o. Ä.)

Name der Privatperson

Anschrift der Privatperson

Sind Sie mit der Privatperson verwandt oder verschwägert?

Ja, ggf. wie?

Art der Verwandtschaft oder Schwägerschaft

Nein

Leben Sie mit der Privatperson in häuslicher Gemeinschaft?

Ja

Nein

Entstehen der Privatperson Aufwendungen?

Ja, ggf.
welche?

Art der Aufwendungen (z. B. Verdienstaussfall oder Fahrtkosten)

Nein

Datum und Unterschrift des Versicherten, des Betreuers oder gesetzlichen Vertreters

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir über Ihren Antrag auf Verhinderungspflege gem. § 39 SGB XI entscheiden können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall auf Grund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.