

Nachweis von Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI zur Abrechnung des Entlastungsbetrags – für ehrenamtliche Angebote (Nachbarschaftshilfe)

Angaben der Nachbarschaftshilfe	Angaben der versicherten Person
Name und Anschrift:	Name und Anschrift:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Institutionskennzeichen (wenn vorhanden):	Versichertennummer:

Das Angebot nach § 45 a Abs. 1 Satz 2 SGB XI gilt nach niedersächsischer Anerkennungsverordnung als anerkannt, wenn **alle** unten aufgeführten Angaben bestätigt werden:

- Die dokumentierten Leistungen wurden im direkten persönlichen Kontakt mit der unterstützten Person erbracht.
- Es wird ausschließlich eine Aufwandsentschädigung geltend gemacht, die 85 Prozent des gesetzlichen Mindestlohns nicht überschreitet.
- Ich versichere, dass ich weder bis zum zweiten Grad mit der pflegebedürftigen Person verwandt, verschwägert oder verheiratet bin, noch von ihr geschieden wurde oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebe.
- Ich bin nicht die Pflegeperson der leistungsnehmenden Person.
- Ich habe das 16. Lebensjahr vollendet.
- Das Angebot zur Entlastung wird nicht gleichzeitig für mehr als zwei Pflegebedürftige im selben Zeitraum erbracht.
- Ich bestätige, dass ich über eine einschlägige berufliche Qualifikation verfüge oder an einer auf das Angebot abgestimmte Schulung durch eine Fachkraft in einem Umfang von mindestens 30 Stunden teilgenommen habe oder an einem Pflegekurs nach § 45 SGB XI teilgenommen habe.
- Die Hinweise zum Leistungsinhalt des Niedersächsischen Landesamtes habe ich zur Kenntnis genommen und beachtet.

(Datum, Unterschrift der Nachbarschaftshilfe)

Hinweis: Bei falschen Angaben in dem Formular kann die Pflegekasse den überwiesenen Betrag zurückfordern bzw. verrechnen.

Abrechnungszeitraum	von:	bis:
----------------------------	------	------

(monatliche Abrechnung)

Folgende Leistungen wurden erbracht:

Datum	Leistung (Betreuung, Alltagsbegleitung, Pflegebegleitung, Hauswirtschaft; ggf. nähere Beschreibung)	Anzahl Stunden	Preis je Stunde/ EUR	Kosten/ EUR
Anzahl Stunden GESAMT			Kosten EUR gesamt	

Ich habe die dokumentierten Leistungen in Anspruch genommen und bestätige die Art und die Menge der erbrachten Leistungen

(Datum, Unterschrift der versicherten Person, bzw. der/des Bevollmächtigten, der gesetzlichen Vertretung)

(Seite bitte nur einreichen, wenn eine Abtretung gewünscht ist)

Abtretungserklärung

Angaben der Nachbarschaftshilfe	Angaben der versicherten Person
Name und Anschrift:	Name und Anschrift:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Institutionskennzeichen (wenn vorhanden):	Versichertennummer:
IBAN:	

Ich trete meine Ansprüche gegen meine Pflegekasse an die im Leistungsnachweis angegebenen Nachbarschaftshilfe ab und beauftrage die Pflegekasse, die mir zustehenden Leistungen nach § 45 b SGB XI für den im Leistungsnachweis (Seite 1) angegebenen Zeitraum an die im Leistungsnachweis angegebene Nachbarschaftshilfe anzuweisen.

(Datum, Unterschrift der versicherten Person, bzw. der/des Bevollmächtigten, der gesetzlichen Vertretung)