

## Nachweis von Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI zur Abrechnung des Entlastungsbetrages

Abrechnung für Monat / Jahr: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Angebotsträgers bzw. der Nachbarschaftshelferin /des Nachbarschaftshelfers:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kontoverbindung (IBAN) \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen \_\_\_\_\_

Name, Vorname der/des Versicherten: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Pflegekasse: \_\_\_\_\_

### **Bestätigung des Angebotsträgers:**

- Ich habe eine Anerkennung als Angebot zur Unterstützung im Alltag vom Landesamt erhalten und bin daher berechtigt, Leistungen nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI zu erbringen und mit den Pflegekassen abzurechnen.
- Die dokumentierten Leistungen wurden im persönlichen Kontakt mit der unterstützten Person erbracht.
- Ich bin nicht der rechtliche Betreuer bzw. Vormund der leistungsnehmenden Person (Ausschluss des § 181 BGB).

### **Zusätzliche Bestätigung für Nachbarschaftshelferinnen und Nachbarschaftshelfer:**

- Ich lebe nicht mit der unterstützten Person in einem Haushalt.
- Ich bin für die unterstützte Person keine Pflegeperson nach § 19 SGB XI.
- Ich bin nicht mit der unterstützten Person bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert.

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Angebotsträgers

Nachweis für Leistungen nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Ziffer 4 SGB XI zur Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages in Niedersachsen

**Hinweis:** Seite 1 dieses Vordrucks ist nur bei Erstanträgen oder Änderungen erforderlich; bei Folgeanträgen reicht die Vorlage der 2. Seite dieses Vordrucks aus.

**Nachweis von Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI zur Abrechnung des Entlastungsbetrages**

Name/ Vorname des Versicherten: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

**Folgende Leistungen wurden erbracht:**

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

**Bestätigung und ggf. Abtretungserklärung:**

- Ich habe die dokumentierten Leistungen in Anspruch genommen und bestätige die Art und die Menge der erbrachten Leistungen.
- Ich trete die Ansprüche gegen meine Pflegekasse an den genannten Angebotsträger ab und beauftrage die Pflegekasse, die mir zustehenden Leistungen nach § 45 b SGB XI für den o. g. Zeitraum an den im Leistungsnachweis genannten Angebotsträger auszuführen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten  
oder der gesetzlichen Vertreterin /  
des gesetzlichen Vertreters

Nachweis für Leistungen nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Ziffer 4 SGB XI zur Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages in Niedersachsen  
**Hinweis:** Seite 1 dieses Vordrucks ist nur bei Erstanträgen oder Änderungen erforderlich; bei Folgeanträgen reicht die Vorlage der 2. Seite dieses Vordrucks aus.