

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.

