

Beispielabrechnung (Seite 1) und Leistungsnachweis (Seite 2) für **gewerbliche Angebote** zur Unterstützung im Alltag

Adresse der/des Anbietenden	
Telefonnummer	
Steuernummer	
Institutionskennzeichen (IK)	
Anschrift des Rechnungsempfängenden	
Rechnungsnummer fortlaufend	Ausstellungsdatum der Rechnung
Abrechnungszeitraum	
Leistungsempfänger*in:	
Name	
Anschrift	
Geburtsdatum	
Versichertennummer	
Leistungsart:	Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI
Leistungspositionen:	(hier eintragen, ggf. mehrere)
Anzahl:	Einzelpreis:
	Gesamtbetrag:
Hinweis auf Steuerbefreiung nach § 4 Nr. 16 UStG	

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

Abtretungserklärung

Angaben der/des Leistungserbringenden Name und Anschrift: Institutionskennzeichen (wenn vorhanden): IBAN:	Angaben der versicherten Person Name und Anschrift: Geburtsdatum: Versichertennummer:
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

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

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

Umwidmung

Angaben der/des Leistungserbringenden Name und Anschrift: Institutionskennzeichen (wenn vorhanden):	Angaben der versicherten Person Name und Anschrift: Geburtsdatum: Versichertennummer:
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ich möchte für den im Leistungsnachweis (Seite 1) angegebenen Zeitraum meinen Pflegesachleistungsanspruch (bei Pflegegrad 2-5) bis zu maximal 40% des mir zustehenden Leistungsanspruchs in Entlastungsleistungen umwidmen.

Ich bin darüber informiert, dass sich dadurch mein anteiliges Pflegegeld minimiert.

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