MAHLE | BKK

Antrag auf Verhinderungspflege

Angaben zum Antragssteller und Zeitraum

Name, Vorname

Anschrift

Versichertennummer

Ich beantrage vom _____ **bis** _____ **häusliche Pflege wegen Verhinderung der Pflegeperson* (Verhinderungspflege).**

Grund der Verhinderungspflege

☐ **Erholungsurlaub der Pflegeperson** ☐ **Erkrankung der Pflegeperson**

☐ **Sonstige Gründe**

Art der Verhinderungspflege

☐ **Verhinderung der Pflegeperson (täglich mehr als 8 Stunden)** ☐ **Verhinderung der Pflegeperson (täglich weniger als 8 Stunden)**

Verhinderte Pflegeperson

Die Verhinderungspflege erfolgt durch:

☐ **Privatperson**

Name, Vorname

Anschrift

Die Privatperson ist mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert: **Ja** ☐ **Nein** ☐

Die Privatperson lebt mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft: **Ja** ☐ **Nein** ☐

☐ **Vertragspflegeeinrichtung**

Name

Anschrift

Datenschutzhinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 SGB I erforderlich. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen nach § 39 (häusliche Pflege) und § 42 (Kurzzeitpflege) SGB XI führen.

Ort, Datum _____ **Unterschrift des Versicherten bzw. Bevollmächtigten** _____

Pragstraße 26 - 46 · 70376 Stuttgart
0711 20909408
pflegekasse@bkk-mahle.de

LBBW Stuttgart IBAN: DE 85 6005 0101 7871 5135 09 BIC: SOLADEST600

IK 188 036 145
Betriebsnummer 675 725 37
Vorständin: Nicole Müller-Coonan