Dieses Formular bitte nur verwenden für: TK BARMER DAK Gesundheit KKH hkk HEK SVLFG

NACHBARSCHAFTSHILFE Brandenburg

Name, Vorname der/des Nachbarschaftshelfer/in:

Anschrift der/des Nachbarschaftshelfer/in:

Name und Anschrift der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person:

Institutionskennzeichen (IK) der/des Nachbarschaftshelfer/in (sofern vorhanden):

ODER: Bankverbindung:
KontoinhaberIn:_____
IBAN:_____
BIC:_____

Rechnung § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI - Nachbarschaftshilfe im Land Brandenburg

Name, Vorname der/des Versicherten: _____

Geburtsdatum:

Krankenversichertennummer:

Abrechnungszeitraum (erster Tag der Leistungserbringung bis letzter Tag der Leistungserbringung im jeweiligen Monat) bis

Gesamtbetrag in EUR: _____

Anzahl geleisteter Stunden der Unterstützung im Abrechnungszeitraum: _____

Rechnungs-Nr.: _____

Rechnungsdatum:

☐ Ich bestätige, dass die Aufwandsentschädigung maximal 10,00 EUR pro Stunde beträgt. Ich versichere, dass ich beim Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg (LASV) als Nachbarschaftshelfer/in registriert bin. Ein entsprechender Nachweis kann auf Nachfrage vorgelegt werden.

✍ _____

Unterschrift der/des **Nachbarschaftshelfer/in**

Erklärung der pflegebedürftigen Person:

☐ Ich bestätige, dass die oben genannten Leistungen in dem dokumentierten Umfang erbracht worden sind.

☐ Ich trete hiermit meinen Leistungsanspruch über den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI an mein/e Nachbarschaftshelfer/in ab und gebe mein Einverständnis, dass er/sie direkt mit der Pflegekasse abrechnet.

✍ _____

Unterschrift der/des **Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten/gesetzlichen Vertreters**

Hinweis zum Datenschutz:
Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) zum Zweck der Abrechnung von Pflegeleistungen nach § 45b SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen nach § 45b SGB XI führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie bei Ihrer zuständigen Pflegekasse. Für Leistungen, welche entgegen den Regelungen der „Brandenburgischen Angebotsanerkennungsverordnung - BbgAUA-AnerkV“ erbracht wurden, besteht kein Zahlungsanspruch. Geleistete Zahlungen können in diesem Zusammenhang von der Pflegekasse zurückgefordert werden.