

Antrag auf Verhinderungspflege

Angaben zur/zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ Ort

Geburtsdatum Versicherungsnummer

Angaben zu Abwesenheiten

In den letzten sechs Monaten erfolgte die Pflege in häuslicher Umgebung durch eine Pflegeperson

Die Pflegeperson fällt aus wegen Urlaub sonstiger Gründe: _____

Bei mehreren Pflegepersonen

Die Pflegepersonen sind alle gleichzeitig abwesend.

Diese Pflegepersonen fallen aus wegen Urlaub. sonstiger Gründe: _____

Es ist/sind nur folgende Pflegeperson/en abwesend:

Name, Vorname der Pflegeperson

Diese fällt aus wegen Urlaub sonstiger Gründe: _____

Name, Vorname der Pflegeperson

Diese fällt aus wegen Urlaub sonstiger Gründe: _____

Name, Vorname der Pflegeperson

Diese fällt aus wegen Urlaub sonstiger Gründe: _____

Während dieser Zeit ist/sind die Pflegeperson/en täglich mindestens acht Stunden abwesend:

Während dieser Zeit ist/sind die Pflegeperson/en unter 8 Stunden abwesend.

Angaben zum Zeitraum

Beantragt wird Ersatzpflege nach Bedarf.

Ersatzpflege wird für folgenden Zeitraum beantragt

vom _____ bis zum _____

vom _____ bis zum _____

vom _____ bis zum _____

Reicht der Anspruch auf Verhinderungspflege nicht aus, soll ein Teil (50 %) des Anspruchs auf Kurzzeitpflege in Verhinderungspflege umgewandelt werden, soweit es möglich ist.

Es wurde ein Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem SGB XII über das Sozialamt gestellt.

ja

nein

Angaben zur Verhinderungspflege

Die Verhinderungspflege wird sichergestellt,

durch einen Pflegedienst (z.B.: Sozialstation, privater Pflegedienst)

Name des Pflegediensts

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Ich beauftrage die WMF Betriebskrankenkasse, die Verhinderungspflege mit befreiender Wirkung direkt mit der oben genannten Einrichtung abzurechnen. Das gilt nur für die hier beantragte Verhinderungspflege

Ich reiche Ihnen die Originalrechnung ein und bitte um Erstattung der Kosten.

in einer Einrichtung.

Name der Einrichtung

Straße Nr.

PLZ, Ort

Ich beauftrage die WMF Betriebskrankenkasse, die Verhinderungspflege mit befreiender Wirkung direkt mit der oben genannten Einrichtung abzurechnen. Das gilt nur für die beantragte Verhinderungspflege.

Ich reiche Ihnen die Originalrechnung ein und bitte um Erstattung der Kosten.

durch eine Privatperson

Name der Ersatzpflegeperson

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Es besteht ein verwandtschaftliches Verhältnis mit der Ersatzpflegeperson, z.B. verwandt oder verschwägert.

Verwandtschaftsverhältnis (Stellung zur Pflegeperson)

Die Ersatzpflegeperson lebt mit in häuslicher Gemeinschaft.

Ich habe noch niemanden für die Ersatzpflege. Bitte nennen Sie mir eine Pflegeeinrichtung.

Angaben zur Bankverbindung

Bitte überweisen Sie den Betrag auf das Konto:

Bankname

IBAN

Abweichende/r Kontoinhaber/in

Angaben für Rückfragen

Telefon, freiwillige Angaben

Datum, Unterschrift der/des Pflegebedürftigen (ggf. Gesetzliche Vertretung)