

Antrag auf Verhinderungspflege nach SGB XI §39

Name der Pflegekasse/Krankenkasse

Straße

PLZ, Ort

Sehr geehrte Damen und Herren,

für den Zeitraum vom 01.Januar bis zum 31.Dezember 2020 beantrage ich Leistungen der Verhinderungspflege nach SGB XI §39.

Meine Pflege wird im Falle der Verhinderung meiner Pflegeperson von der CONVIDA gemeinnützige GmbH, Rumbecker Str. 7, 59821 Arnsberg (IK-Nr.: 512 590 428) durch eine Ersatzpflegeperson sichergestellt.

Meine Pflegebedürftigkeit wurde von Ihnen bereits festgestellt. Ich trete von meinem Leistungsanspruch in Höhe von 1.612,00 Euro den jeweiligen Rechnungsbetrag an die CONVIDA gemeinnützige GmbH ab und beauftrage diese mit der Abrechnung der Leistungen.

Pflegebedürftige/r

Vorname und Nachname

Versicherungsnummer

Straße

PLZ, Ort

Pflegeperson

Vorname und Nachname

Straße

PLZ, Ort

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. der gesetzlichen Vertretung