



**Leistungsnachweis – Entlastungsbetrag §45b SGB XI**

Zur Vorlage bei der Pflegekasse für IK 500 900 862

**Von der Familie ausgefüllt und unterschrieben zusammen mit dem Stundenzettel des Helfers bitte schicken an:**

**Johanna Allerberger**  
**Arbeostr. 2**  
**85386 Eching**

Angaben zum Versicherten:

<b>Vor- und Zuname</b> <input type="text"/>		<b>Betreute Person / Kind</b> <input type="text"/>	
<b>Strasse</b> <input type="text"/>		<b>Geb.</b> <input type="text"/>	
<b>PLZ</b> <input type="text"/>	<b>Wohnort</b> <input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Pflegekasse</b> <input type="text"/>		<b>Vers.Nr. der betreuten Person/des Kindes</b> <input type="text"/>	

**Monat / Jahr**

Datum	Von....bis..... Uhr	Std.
<b>Stunden Gesamt:</b>		

Zudem bestätige ich, dass der/die Pflegebedürftige zu den o.g. Zeiten weder im Krankenhaus noch in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung war und erkläre mich einverstanden, dass der Verband **autismus** Oberbayern e.V. direkt mit der Pflegekasse abrechnet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Familie