



## 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>	<b>Betreute Person / Kind</b>
<b>Strasse</b>	<b>Geb.</b>
<b>PLZ</b> <b>Wohnort</b>	<b>Vers.Nr. der betreuten Person/des Kindes</b>
<b>Pflegekasse</b>	

**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.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_