autismus Oberbayern e.V. Vereinigung zur Förderung von autistischen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen
Vorsitzender Herbert Greulich, Poccistr. 5, 80336 München, Telefon 089 / 74 65 41-94, Fax 089 / 74 65 41-95,
www.autismus-oberbayern.de; mail@autismus-oberbayern.de

Leistungsnachweis – Verhinderungspflege §39 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:

Vor- und Zuname	**Betreute Person / Kind**
Strasse	**Geb.**
PLZ **Wohnort**	
Pflegekasse	**Vers.Nr. der betreuten Person/des Kindes**

Monat / Jahr

Datum	Von….bis….. Uhr	Std.
Stunden Gesamt:		

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

Stand: 11.11.2017