



Leistungsnachweis – Verhinderungspflege §39 SGB XI

Zur Vorlage bei der Pflegekasse für IK 500 900 862 (gültig ab 1.10.2016)

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

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 direkt mit der Pflegekasse abrechnet.

Ort, Datum

Unterschrift der Familie