

HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
Willi-Hussong-Str. 2
96447 Coburg

Sie erreichen uns:

Mo - Fr: 8.00 - 20.00 Uhr
Serviceteam Leistung
Telefon: 09561 967 70 77
Telefax: 09561 969 69 00
E-Mail info@huk-coburg.de

Coburg,

Antrag auf Kostenübernahme der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI Versicherungsnummer:

Allgemeine Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ

Wohnort

Geburtsdatum

Telefonnummer für Rückfragen

Allgemeine Angaben zur Verhinderungspflege

Ich beantrage für die Zeit vom _____ bis _____

- Tageweise Verhinderungspflege¹:** Meine Pflegeperson(en) war(en) mindestens acht Stunden am Tag verhindert (z.B. aufgrund von Urlaub, Krankenhausbehandlung/Rehabilitationsmaßnahme)
- Stundenweise Verhinderungspflege²:** Meine Pflegeperson(en) war(en) weniger als acht Stunden am Tag verhindert (z.B. für Einkäufe, Behördengänge, Freizeitaktivitäten)

Grund der Verhinderung:

- Urlaub der Pflegeperson(en)
- Krankheit der Pflegeperson(en)
- Krankenhausbehandlung/Rehabilitationsmaßnahme
- Sonstige Gründe (Angabe erforderlich): _____

Folgende Pflegeperson(en) war(en) verhindert:

Name, Vorname

Name, Vorname

Angaben zur Verhinderungspflege

Versicherungsnummer

Die Verhinderungspflege wurde sichergestellt

- durch einen Pflegedienst oder in einer Einrichtung³
(bitte reichen Sie die Rechnung zur Erstattung ein).

Name des Pflegedienstes oder der Einrichtung

Adresse des Pflegedienstes oder der Einrichtung

- durch eine private Ersatzpflegeperson.

Name, Vorname der privaten Ersatzpflegeperson

Geburtsdatum

Adresse der privaten Ersatzpflegeperson

Die Ersatzpflegeperson ist mit der pflegebedürftigen Person
bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert^{4,5}.

ja

nein

Die Ersatzpflegeperson lebt mit der pflegebedürftigen Person
in häuslicher Gemeinschaft⁵.

ja

nein

Höhe der gezahlten Vergütung _____ Euro

Von der privaten Ersatzpflegeperson auszufüllen:

Für die Verhinderungspflege vom _____ bis _____

habe ich insgesamt _____ Euro für pflegebedingte Aufwendungen erhalten.

Zusätzlich sind mir folgende Aufwendungen entstanden:

Fahrtkosten _____ Euro

Bitte Nachweise (Fahrbelege,
Verdienstausfallbescheinigung
o.Ä.) beifügen.

Verdienstausfall _____ Euro

Wurde die Verhinderungspflege durch die private Ersatzpflegeperson nicht in einem zusammenhängenden Zeitraum und/oder weniger als acht Stunden täglich erbracht, ist beiliegende Tabelle (siehe Merkblatt) zu füllen⁶.

Ort, Datum

Unterschrift der pflegebedürftigen Person*

Ort, Datum

Unterschrift der privaten Ersatzpflegeperson**

* Unterschrift des Versicherten, seines Bevollmächtigten/Betreuers (Nachweis erforderlich) oder des Erziehungsberechtigten (nur wer das 15. Lebensjahr vollendet hat, kann selbst Anträge auf Sozialleistungen stellen. Andernfalls wird die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters benötigt).

** Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bewusst, dass unrichtige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Die Verarbeitung der mit diesem Formular erhobenen personenbezogenen Daten ist zur Bearbeitung Ihres Antrags auf Verhinderungspflege erforderlich. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und Ihren Rechten finden Sie auf www.huk.de/datenschutz.

Merkblatt zur Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI

Zum Zeitpunkt der Verhinderung muss mindestens eine Einstufung in Pflegegrad 2 vorliegen.

- ¹ Bei einer Abwesenheit der Pflegeperson(en) von täglich acht Stunden oder mehr haben Personen, die Pflegegeld beziehen, am ersten und letzten Tag der Verhinderung einen vollen Anspruch auf Pflegegeld. Für die Zeit dazwischen besteht ein Anspruch auf die Hälfte des Pflegegeldes. Dieses wird außerdem auf die Höchstanspruchsdauer von 56 Tagen angerechnet.
 - ² Bei einer stundenweise Verhinderungspflege wird das Pflegegeld nicht gekürzt.
 - ³ Bei Verhinderungspflege in einer Pflegeeinrichtung sind lediglich die pflegebedingten Aufwendungen erstattungsfähig. Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen sind selbst zu tragen.
 - ⁴ Verwandte bis zum zweiten Grad: Eltern, Kinder, Großeltern, Geschwister.
Verschwägerte bis zum zweiten Grad: Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegersohn und -tochter, Schwiegerenkel, Schwiegergroßeltern, Schwager und Schwägerin.
 - ⁵ Wird die Verhinderungspflege von Verwandten oder Verschwägerten bis zum zweiten Grad oder von Pflegepersonen durchgeführt, die mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft leben, sind die Leistungen der Verhinderungspflege maximal auf die Höhe des 2-fachen monatlichen Pflegegeldes begrenzt. Nur wenn höhere Aufwendungen (durch Fahrtkosten oder Verdienstausfall) von bis zu 1.685,00 Euro nachgewiesen werden und dieser Betrag ausgeschöpft ist, können offene Ansprüche auf Kurzzeitpflege übertragen werden. Der Anspruch auf Verhinderungs- und Kurzzeitpflege besteht ab 01.07.2025 je Kalenderjahr höchstens in Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrages von 3.539,00 Euro.
 - ⁶ Wurde die Verhinderungspflege durch die private Ersatzpflegeperson nicht in einem zusammenhängenden Zeitraum und/oder weniger als acht Stunden täglich erbracht, ist nachfolgende Tabelle auszufüllen und mit dem Antrag auf Kostenübernahme der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI einzureichen.

Versicherungs-Nr.: