

KNAPPSCHAFT
 Fachzentrum Pflege
 45095 Essen

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bei Rückfragen/
 Schriftwechsel bitte
 unbedingt angeben!

Name, Vorname, Geburtsdatum der/des Versicherten



Pflegeversicherung Antrag auf Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI

Ich beantrage Leistungen der Verhinderungspflege.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten*

* Durch die Unterzeichnung bestätigen die Unterzeichnenden, dass die nachfolgenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Ihnen ist bewusst, dass falsche Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können.

Hinweis: Um Ressourcen zu schonen, versenden wir keine Genehmigungsschreiben.

Bitte füllen Sie den Antrag in Druckbuchstaben und in den dafür vorgesehenen Feldern aus!

Welche Sie normalerweise
 betreuende Person ist/war
 verhindert?

Name, Vorname

In welchem **Zeitraum** ist/war diese
 Person verhindert?

Vom

Bis

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Art der Verhinderung

☐ **Stundenweise**, d. h. weniger als 8 Stunden am Tag
 (z. B. Arztbesuche, Einkäufe oder Behördengänge)

☐ **Tageweise** mindestens 8 Stunden am Tag, wegen

☐ Urlaub

☐ Krankheit

☐ sonstige Gründe _____

**Hiermit beantrage ich ebenfalls die vollständige Übertragung des
 Kurzzeitpflegebudgets des §42 SGB XI in das gemeinsame Budget (§42a des
 Entlastungsbudgets) ab den 01.07.2025.**

☐ **private Ersatzpflegeperson**

Name

Geburtsdatum

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer (freiwillige Angabe mit Einverständnis der Ersatzpflegeperson)

Mit der privaten Ersatzpflegeperson bin ich bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert

☐ Nein

☐ Ja

Die Ersatzpflegeperson lebt mit mir in einem Haushalt

☐ Nein

☐ Ja

Quittung: Von der Ersatzpflegeperson auszufüllen

Kosten für die Verhinderungspflege , Euro

Fahrkosten , Euro

Verdienstausfall , Euro

**Bitte Nachweise
(Fahrbelege, Verdiensta-
usfallbescheinigungen
o. ä.) beifügen**

Ort, Datum

Unterschrift der Ersatzpflegeperson*

☐ **Pflegedienst oder sonstiger Leistungserbringer**

Name

☐ Ich möchte, dass die KNAPPSCHAFT die Kosten direkt mit dem Pflegedienst abrechnet.



Für ausführliche Informationen zur Verhinderungspflege besuchen Sie gerne unsere Internetseite unter knappschaft.de/verhinderungspflege.

