

Antrag auf Kurzzeitpflege

Versichertennummer
Diese finden Sie auf Ihrer Gesundheitskarte

Ich beantrage Kurzzeitpflege für die Zeit vom bis
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Anlass der Verhinderung

- Im Anschluss an eine stationäre Behandlung
 Sonstige Krisensituation, in der häusliche Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist

Grund: _____

Zusätzlich beantrage ich den Betrag aus noch nicht in Anspruch genommener Verhinderungspflege

- Nein
 Ja (bis zu 1.612,00 € möglich)

Die Kurzzeitpflege soll in folgender Einrichtung durchgeführt werden:

Name _____
Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort) _____

Als Bevollmächtigte/-r/Betreuer/-in wurde eingesetzt bzw. bestimmt

Name _____ Vorname _____ Telefon* _____

Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort) _____

- Kopie der Betreuungsurkunde/Vollmacht ist beigelegt
 Kopie der Betreuungsurkunde/Vollmacht liegt Ihnen vor

Datum

Unterschrift Antragsteller/-in

*Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

Datenschutzhinweis: Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie ordnungsgemäß erledigen zu können. Nach § 94 Sozialgesetzbuch (SGB) XI in Verbindung mit § 60 SGB I sind wir berechtigt, die Daten zu erheben und Sie zur Mitwirkung verpflichtet. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Homepage www.daimler-bkk.com, Webcode 139.