

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Adresse der Pflegekasse

Eingangstempel

**Abrechnung zusätzlicher Entlastungsleistungen im Rahmen der Nachbarschaftshilfe nach § 45 b SGB XI**

.....  
 Name und Vorname des Versicherten

.....  
 Geburtsdatum

.....  
 PLZ

.....  
 Ort

.....  
 Straße

.....  
 Versicherungsnummer

.....  
 Telefonnummer

**Erklärung der/des Versicherten**

In der Zeit von ..... bis ..... wurde ich stundenweise betreut.  
 Die Betreuung in der vorgenannten Zeit hat an insgesamt ..... Stunden stattgefunden.  
 Ich bitte um Erstattung der Kosten in Höhe von ..... EUR\* auf mein Bankkonto.

.....  
 Name des Geldinstitutes

.....  
 IBAN

.....  
 BIC

.....  
 Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten/Betreuer

**Erklärung der/des Betreuenden (Nachbarschaftshelfer)**

.....  
 Name, Vorname

.....  
 Anschrift

Hiermit bestätige ich, dass ich die Betreuung und Entlastung unter Einhaltung der Rahmenvorgaben der „Verordnung der Sächsischen Staatsregierung zur Anerkennung und Förderung von Betreuungs- und Entlastungsangeboten“ in der o. g. Zeit durchgeführt habe und dafür den vorgenannten Betrag\* erhalten bzw. den Erhalt vereinbart habe.

.....  
 Ort, Datum

.....  
 Unterschrift des Betreuenden/Nachbarschaftshelfer

\* Für Leistungen, welche entgegen den Regelungen der „Verordnung der Sächsischen Staatsregierung zur Anerkennung und Förderung von Betreuungs- und Entlastungsangeboten“ erbracht wurden, besteht kein Zahlungsanspruch. Geleistete Zahlungen können in diesem Zusammenhang zurückgefordert werden.