

Bitte bei der zuständigen Pflegeversicherung des Nachbarschaftshelfers einreichen.

## Erklärung zur Erfüllung der Anerkennungsvoraussetzungen für Nachbarschaftshelfer

gemäß Verordnung der Sächsischen Staatsregierung zur Anerkennung und Förderung von Betreuungs- und Entlastungsangeboten (Betreuungsangebotverordnung)

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		
pflegeversichert bei		Versicherungsnummer
Telefonnummer*		

### Ich möchte gern die Tätigkeit als Nachbarschaftshelfer bei\*

.....  
(Name, Nachname, Pflegeversicherung)

#### aufnehmen und erkläre hiermit:

Ich habe mich angemessen gegen Schäden versichert, welche ich im Rahmen meiner Tätigkeit als Nachbarschaftshelfer anderen zufügen kann

ja, bitte Deckungssumme angeben: .....  nein

Hinweis: Es wird empfohlen vor Tätigkeitsaufnahme mit Ihrem Versicherungsvertreter den Versicherungsschutz für diese Tätigkeit verbindlich abzuklären. Für die Anerkennung als Nachbarschaftshelfer wird eine Deckungssumme von mind. 2 Mio. € für Personen-, Sach- und Vermögensschäden als ausreichend betrachtet.

Ich habe einen Grundkurs „Nachbarschaftshilfe“ absolviert

ja, am .....  nein

Kursanbieter war: .....  
Bestätigung des Kursanbieters über die Kursteilnahme bitte beifügen

Ich verfüge über gleichwertige Erfahrungen und Kenntnisse in der Versorgung von Menschen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gemäß § 45 a SGB XI.  
entsprechende Nachweise bitte beifügen

Ich verfüge über eine berufliche Qualifikation als Fachkraft oder Pflegefachkraft (siehe Informationsblatt Punkt 4).

Ich erkläre darüber hinaus, dass ich folgende Voraussetzungen für die Anerkennung als Nachbarschaftshelfer gemäß Verordnung der Sächsischen Staatsregierung zur Anerkennung und Förderung von Betreuungs- und Entlastungsangeboten während meiner Tätigkeit als Nachbarschaftshelfer einhalte:

- ich bin nicht Betreuer des Anspruchsberechtigten,
- ich lebe nicht in häuslicher Gemeinschaft mit dem Anspruchsberechtigten,
- ich bin nicht Pflegeperson gem. § 19 SGB XI des Anspruchsberechtigten,
- ich bin nicht mit dem Anspruchsberechtigten bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert,
- ich aktualisiere mein Wissen und meine Kenntnisse regelmäßig (mind. alle 3 Jahre) ohne besondere Aufforderung der Pflegekasse durch Teilnahme an Aufbaukursen bzw. entsprechenden Pflegekursen zur Nachbarschaftshilfe oder im Rahmen einer von der Pflegekasse anerkannten Tätigkeit\*\*,
- ich bin maximal 40 Stunden pro Kalendermonat für betreuende und entlastende Tätigkeiten im Einsatz\*\*,
- die Aufwandsentschädigungen je Einsatzstunde übersteigen 10 EUR nicht\*\*.

Ich bestätige hiermit die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

\* freiwillige Angabe

\*\* Gilt nicht für die im Informationsblatt unter Punkt 4c und 4d genannten.

#### Hinweis zum Datenschutz:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) zum Zwecke der Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 2 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/plus/datenschutzrechte](http://aok.de/plus/datenschutzrechte).