

BERGISCHE KRANKENKASSE
Ihr Team Pflegeversicherung
42715 Solingen

Antrag auf Nachbarschaftshilfe

Name, Vorname, Geburtsdatum und Versicherungsnummer des Pflegebedürftigen

Adresse

Ich beantrage die Nachbarschaftshilfe durch:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse

Telefon (freiwillige Angabe)

Persönliche Angaben der Nachbarschaftshilfe

- Ich bin mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert. Ich lebe mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft.
- Ich betreue bereits andere Pflegebedürftige im Rahmen der Nachbarschaftshilfe.
- Ich betreue den Pflegebedürftigen stundenweise. Daher beantrage ich die Anerkennung der Nachbarschaftshilfe.
- Mir ist bekannt, dass im Rahmen der Nachbarschaftshilfe die Möglichkeit zur Teilnahme an einem Pflegekurs besteht.*
- Der Nachweis über den absolvierten Pflegekurs oder eine berufliche Qualifikation liegt bei.

* Sofern Sie dieses Angebot in Anspruch nehmen möchten setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung. Vielen Dank.

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI verarbeitet. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie auf www.bergische-krankenkasse.de/datenschutz oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die BERGISCHE KRANKENKASSE, 42715 Solingen oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@bergische-krankenkasse.de.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine oben angegebenen freiwilligen Daten genutzt werden, um Kontakt mit mir aufzunehmen. Die Verarbeitung meiner freiwilligen Daten kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Meine Widerrufserklärung kann ich richten an: BERGISCHE KRANKENKASSE 42715 Solingen.

Datum / Unterschrift Versicherter/gesetzlicher Betreuer

Datum, Unterschrift Nachbarschaftshelfer

BERGISCHE KRANKENKASSE
42715 Solingen

Bescheinigung der zusätzlichen Entlastungsleistungen für

Herrn/Frau _____
Name, Vorname

Anschrift

Kundennummer: _____

| Monat | Tag | Uhrzeit | Stundenzahl | Erstattungsbetrag |
|-------|-----|---------|----------------|-------------------|
| | | | Gesamt: | |

Hiermit bestätige ich _____ den Betrag erhalten zu haben.
(Name der Pflegeperson)

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 284 Abs. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI verarbeitet. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie auf www.bergische-krankenkasse.de/datenschutz oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die BERGISCHE KRANKENKASSE, 42715 Solingen oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@bergische-krankenkasse.de.

Unterschrift des Nachbarschaftshelfers

Unterschrift des Pflegebedürftigen