Rechnung/ Nachweis für Entlastungsbetrag nach

☐ **§ 45 b Abs. 1 SGB XI** ☐ **§ 45 a Abs. 4 SGB XI (nur für Pflegegrad 2-5**

für alltagsunterstützenden Angebote nach § 45 b Abs.1 Satz 3 Ziffer 4 SGB XI

für den Monat: _____ im Jahr: 2022

Name, Vorname des zu Betreuenden:

Adresse: geboren am:

Pflegekasse: Versichertennummer: Pflegegrad:

Leistungserbringer*in:
IB Ostmecklenburg

Menschsein stärken IB

Familienunterstützender Dienst Region LK Rostock
Regionalleitung
Strandstr. 106, 18055 Rostock

IK Nummer: 501305647

Bevollmächtigte*r/ gerichtl. best. Betreuer*in: Telefon:

Name der*des Helfenden:

Datum	Uhrzeit	Std.	Preis (je Std. 31€)	Inhalt der Betreuung und Entlastung	Unterschrift Helfer*in
	gesamt:		€	Ort, Datum:	

☐ Ich habe die dokumentierten Leistungen in Anspruch genommen und bestätige die Art und die Menge der genannten Leistungen.
Es handelt sich um eine Abrechnung im Rahmen des Budgets von: [X] 125 Euro
(bei Beihilfe gilt jeweils der hälftige Leistungsanspruch)

und/oder

☐ Es handelt sich um eine Abrechnung im Rahmen der Umwandlung meines Pflegesachleistungsbudgets (bis zu 40 % des monatl. Höchstbetrages der Pflegesachleistung des jeweiligen Pflegegrades). Die Inanspruchnahme der Leistung hat Auswirkungen auf die Höhe des (anteiligen) Pflegegeldes. Die Leistung wird mit evtl.bereits ausgezahltem anteiligen Pflegegeld durch die Pflegekasse verrechnet. Somit reduziert sich der Kostenerstattungsbetrag für alltagsunterstüztenden Angebote um das zuviel gezahlte Pflegegeld.

Abtretungserklärung:

☐ Ich beauftrage die Pflegekasse die mir zustehenden Leistungen nach § 45 b SGB XI / § 45 a Abs. 4 SGB XI für den o. g. Zeitraum an o.g. Leistungserbringer zu zahlen. Ich trete insoweit meine Ansprüche an den genannten Leistungserbringer ab.

Ort, Datum: Unterschrift: Klient*in, Bevollmächtigte*r, gerichtl. best. Betreuer*in:

Ort, Datum: Unterschrift: Leistungserbringer*in: