| | _ | | _ | G | | 1/ | Λ | C | \sim | г |
|---|---|---|---|---|---|----|---|---|--------|---|
| М | _ | L | ᆮ | G | ᆮ | n | н | O | 0 | ⊏ |

Antrag auf Leistungen während einer Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG)

beiliegend erhalten Sie einen Antrag auf Leistungen nach dem Pflegezeitgesetz. Bitte füllen Sie den Vordruck vollständig aus und senden uns diesen unterschrieben zurück.

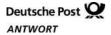
Kennen Sie schon unsere Broschüren zu speziellen Pflege-Themen?

Falls Sie Interesse oder Fragen rund um die Pflegeversicherung haben, schreiben Sie uns oder rufen Sie uns an - wir beraten Sie gern.

An dieser Stelle noch ein Hinweis. Sie suchen für sich oder einen Angehörigen einen ambulanten Pflegedienst oder eine geeignete teil- bzw. vollstationäre Pflegeeinrichtung (z. B. zur vorübergehenden Kurzzeitpflege oder dauerhaften Heimunterbringung) in Ihrer Nähe?

Mit dem Pflegelotsen der KKH finden Sie Informationen über Angebote von Leistungserbringern im Bereich der ambulanten und stationären Pflege. Er enthält Angaben zur Struktur und zu Preisen sowie die Anschriften. Der Pflegelotse steht Ihnen über unsere Homepage unter www.kkh.de/pflegelotse zur Verfügung.

Sofern Sie eine individuelle Pflegeberatung wünschen, sind wir für Sie rund um die Uhr über die KKH Gesundheitshotline unter der Rufnummer 089 9 50 08 41 88 oder per E-Mail unter gesundheitshotline@kkh.de erreichbar.



Antrag auf Beitragszuschuss nach § 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) für Pflegepersonen während einer Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz

I. Angaben zur/zum Pflegebedürftigen

| Persönliche Daten des/der Pflegebedürftigen | | | | | |
|---|---------------------------|--|--|--|--|
| Name, Vorname | Geburtstdatum | | | | |
| Anschrift | Krankenversichertennummer | | | | |
| Ergänzende Angaben zum Pflegeversicherungsschutz | | | | | |
| Es besteht ein Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge | Nein | | | | |
| Wenn ja, Name und Anschrift der Beihilfestelle bzw. des Dienstherrn | | | | | |
| Name des Beihilfeberechtigten, falls abweichend von Nr. 1 | | | | | |
| ngaben zur Pflegeperson | | | | | |
| Persönliche Daten der Pflegeperson | | | | | |
| Ich nehme Pflegezeit in Anspruch | Nein | | | | |
| In welcher Beziehung stehen Sie zur pflegebedürftigen Person? | | | | | |
| Naher Angehöriger ¹ Sonstige Person | | | | | |
| | | | | | |
| Name, Vorname | Geburtstdatum | | | | |

^{1 -} Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftlichen Gemeinschaft - Eltern, Großeltern, Schwiegereltern, Stiefeltern - Geschwister, Schwiegerinten oder Schwager, eigene Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder oder die des Ehegatten oder Lebenspartners sowie Schwiegerkinder und Enkelkinder

| Bitte tragen (Angabe zwinge | Sie hier Ihre Steuer-ID ein: nd erforderlich) | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|---------------------------|---------|----------|--------------|---------|----------------|---------|--|-------|
| Übermittlung die Ziffer 0 und ist <u>n</u> | Zuschüssen zu Sozialversicherungsbeit eser Beträge an die Finanzbehörde. Die S icht mit Ihrer Steuernummer zu verwechs erbescheid oder der Lohnsteuerbescheir | Steuer-ID ist seln. Die ger | 11-stellig (naue Anga | (ohne l | Buchs | taber | n), beg | ginnt <u>ı</u> | nicht r | nit der | |
| 0. Americkan dan | Dila mana ana ana ana ana ana ana ana ana a | | 214!a | | | | | | | | |
| Z. Angaben der | Pflegeperson zum Beschäftigu | ıngsvern | aitnis | | | | | | | | |
| in ein | vor der Pflegezeit war ich ner versicherungspflichtigen Besc ner als Arbeitsbeschaffungsmaßn | | | rderte | en B | esch | ıäftig | lung | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Während der | Pflegezeit bin ich von der Arbeit | sleistung | | | | | | | | | |
| ganz | freigestellt. | | | | | | | | | | |
| teilwe | eise freigestellt. Das monatliche A | Arbeitsent | gelt liegt | rege | lmäſ | ßig <u>n</u> | icht | über | 450 | ,00 EL | JR. |
| Beginn de | r Freistellung | End | e der Fr | eistel | lung | | | | | | _ |
| Während der | Pflegezeit bin ich g | esetzlich | versiche | ert | | | oriva | t ver | siche | ert | |
| | | | | | | | | | | | |
| Höhe der monatlichen Beiträge | zur Krankenversicherung zur Pflegeversicherung | | | _ | UR UR | | | | ül B | itte Na ber die eitrags eifügei | shöhe |
| Kontoinhaber: | | | | | | | | | | | |
| Kreditinstitut: | | | | | | | | | | | |
| | BIC | | - <u> </u> | BAN | | | | | | | |
| Zwecke der Bearbeitu | zur Erfüllung der Aufgaben der Pflegeka ung Ihres Antrags auf Leistungen währen rarbeitung und zu Ihren Rechten entnehr | d einer Pfleg | gezeit nach | n § 44a | SGE | XI e | rhobe | n und | verar | beitet. | m |
| | rältnisse, die für die Zuschusshöhe erheb Pflegekasse mitzuteilen. Die Pflegeperso | | | | | r Aufo | gabe o | der Pf | legetä | itigkeit), | hat |
| Ort, Datum | Unters | schrift | | | | | | | | | |