

Pflegebedürftige Person		Zuständige Pflegekasse	
Name Vorname	Name / Bezeichnung		
Straße - Hausnummer	Straße – Hausnummer		
Plz – Ort	Plz – Ort		
Geburtsdatum	Versicherungsnummer		
Telefon / eMail	Pflegegrad	Bescheid vom	

Nachbarschaftshelfer*in	
Name Vorname	Geburtsdatum
Straße - Hausnummer	Plz – Ort
Anerkennung als Nachbarschaftshelfer*in	
Gemäß Antrag Nachbarschaftshilfe vom:	

Abrechnung	
Zeitraum von	Zeitraum bis
Betrag pauschal in Höhe von (Entlastungsbetrag)	Aufwendungen gem. beigefügten Belegen

Bankverbindung	
Name des Geldinstituts	Kontoinhaber
IBAN	BIC

Erklärung
- Wir bestätigen die Richtigkeit der oben aufgeführten Angaben. - Wir bitten um Überweisung des erstattungsfähigen Betrags auf das angegebene Konto. - Die Nachbarschaftshelferin / Der Nachbarschaftshelfer bestätigt, ihr / sein sein Angebot nicht mehr als mehr als zwei Nutzenden zur Verfügung zu stellen.

Schlusszeichnung	
Pflegebedürftige Person	Nachbarschaftshelfer*in
Ort – Datum	Ort – Datum
Unterschrift	Unterschrift

¹ § 45b SGB XI