

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	
Die Nachbarschaftshelferin ... / Der Nachbarschaftshelfer ...			
1.	☐	übernimmt die Unterstützung ehrenamtlich. (Maximal für 2 Pflegebedürftige)	
2.	☐	ist nicht bis zum 2. Grad mit der pflegebedürftigen Person verwandt oder verschwägert.	
3.	☐	lebt nicht mit der pflegebedürftigen Person in einer häuslichen Gemeinschaft.	
4.	☐	ist nicht gleichzeitig Pflegeperson der pflegebedürftigen Person.	
5.	a)	☐	verfügt über eine geeignete Qualifizierung im Umfang eines Pflegekurses ² oder Ausbildung zur Pflegefachkraft ³ und fügt entsprechende Nachweise bei.
	oder		
	b)	☐	bestätigt, dass sie das Informationsangebot der Regionalbüros, Alter, Pflege und Demenz ⁴ bzw. die in diesem Zusammenhang in Kooperation mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Landes Nordrhein-Westfalens ⁵ erstellte Informationsbroschüre zur Nachbarschaftshilfe kennt.
6.	☐	erteilt zur Überprüfung der Angaben gegenüber der Pflegekasse ihre Einwilligung zum Datenabgleich mit anderen Pflegekassen.	
7.	☐	beantragt hiermit die Anerkennung als Nachbarschaftshelfer*in.	

Schlusszeichnung	
Anmerkungen (z.B. Anlagen, Nachweise)	
Pflegebedürftige Person	Nachbarschaftshelfer*in
Ort – Datum	Ort – Datum
Unterschrift	Unterschrift

¹ § 45b SGB XI

² § 45 SGB XI

³ z.B. Kranken- oder Altenpflege

⁴ Nachbarschaftshilfe NRW

⁵ Vereinfachung Nachbarschaftshilfe NRW