

**Bestätigung für den Einsatz
als ehrenamtliche Einzelhelferin
oder als ehrenamtlicher Einzelhelfer**

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Mit der nachfolgenden Unterschrift wird der Einsatz als ehrenamtliche Einzelhelferin/als ehrenamtlicher Einzelhelfer möglich, damit die zu unterstützende pflegebedürftige Person, den Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) XI bei der für Sie zuständigen Pflegekasse bzw. bei dem für Sie zuständigen privaten Krankenversicherungsunternehmen beantragen kann. Diese unterschriebene Bestätigung ist in Kopie dem Formular zur Abrechnung von Unterstützungsleistungen nach § 45b SGB XI beizufügen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- das 16. Lebensjahr vollendet habe,
- die Unterstützung ehrenamtlich übernehmen und nicht mehr als zwei pflegebedürftige Personen zeitgleich unterstützen werde,
- als ehrenamtliche Einzelhelferin/als ehrenamtlicher Einzelhelfer pflegebedürftige Personen unterstütze, die nicht mit mir bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert sind,
- als ehrenamtliche Einzelhelferin/als ehrenamtlicher Einzelhelfer nicht pflegebedürftige Personen unterstütze, die mit mir in häuslicher Gemeinschaft leben,
- nicht bereits als Pflegeperson gemäß § 19 SGB XI für die pflegebedürftige Personen tätig bin.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich ebenso, dass ich

- die Informationen zum Einsatz als ehrenamtliche Einzelhelferin oder als ehrenamtlicher Einzelhelfer zur Kenntnis genommen habe,
- damit einverstanden bin, dass die Angaben zum Zwecke der Abrechnung bei der zuständigen Pflegekasse bzw. bei dem zuständigen privaten Krankenversicherungsunternehmen der unterstützten pflegebedürftigen Person gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift Einzelhelferin/Einzelhelfer