

\_\_\_\_\_  
*Name und Adressdaten der Nachbarschaftshelferin / des Nachbarschaftshelfers*

Adressdaten der zuständigen Pflegekasse:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(Datum)*

## **Rechnung § 45 b Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 SGB XI**

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Monat / Jahr \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ habe ich bei

Name, Vorname der pflegebedürftigen Person: \_\_\_\_\_

Versichertennummer der pflegebedürftigen Person: \_\_\_\_\_

Leistungen der Nachbarschaftshilfe im Rahmen der Alltagsförderungsverordnung  
Schleswig-Holstein i.V.m. § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI erbracht.

Insgesamt sind Kosten in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro entstanden.

Bitte überweisen Sie den Betrag auf nachstehendes Konto

Name Kontoinhaber/in: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Bankinstitut: \_\_\_\_\_

Der Leistungsnachweis inkl. der Abtretungserklärung siehe Seite 2.

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift Nachbarschaftshelfer\*in*

# Leistungsnachweis für Leistungen im Rahmen des Entlastungsbetrags nach § 45b Abs. 1 S. 3 Nr. 4 SGB XI - Nachbarschaftshilfe nach §§ 3 und 12 AföVO Schleswig-Holstein

Monat / Jahr: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Daten der der pflegebedürftigen Person:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
 Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Versichertennummer: \_\_\_\_\_  
 Pflegekasse: \_\_\_\_\_

**Daten der Nachbarschaftshelferin / des Nachbarschaftshelfers:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
 Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

<u>Datum</u>	<u>Anzahl Stunden</u>	<u>Aufwandsent-schädigung pro Stunde</u>	<u>Kosten gesamt</u>	<u>Datum</u>	<u>Anzahl Stunden</u>	<u>Aufwandsent-schädigung pro Stunde</u>	<u>Kosten gesamt</u>
_____	_____	_____	_____	Übertrag:	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Übertrag:	_____	_____	_____	Gesamt	=====	=====	=====

- Ich bin mit Namen und Kontaktdaten beim Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein unter der Nummer: \_\_\_\_\_ registriert.
- Ich bestätige, dass ich die dokumentierten Leistungen persönlich bei der pflegebedürftigen Person durchgeführt habe.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Nachbarschaftshelfer\*in

**Bestätigung und Abtretungserklärung der pflegebedürftigen Person**

- Ich habe die dokumentierten Leistungen in Anspruch genommen und bestätige die Art und die Menge der genannten Leistungen.
- Abtretung:**  
 Ich beauftrage die Pflegekasse, die mir zustehenden Leistungen nach § 45b SGB XI für den o. g. Zeitraum an die/den im Leistungsnachweis genannte/n Nachbarschaftshelfer/in zu zahlen. Ich trete insoweit meine Ansprüche an die/den genannte/n Nachbarschaftshelfer/in ab.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der pflegebedürftigen Person oder der gesetzlichen Vertretung oder des/der Betreuers/in