Nachweis für Leistungen im Rahmen des Entlastungsbetrages nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Ziffer 4 SGB XI
(Nachbarschaftshilfe nach § 2a Abs. 3 Unterstützungsangebotelandesverordnung Mecklenburg-Vorpommern)

Monat: **Jahr:**

Name, Vorname der/des Versicherten: _____

geboren am: _____

Anschrift: _____

Versichertennummer: _____ Pflegegrad: _____

Pflegekasse: _____

Name, Vorname sowie Anschrift der/des Nachbarschaftshelfer/in/s

Institutionskennzeichen (IK):

Folgende Leistungen wurden erbracht:

Datum	Anzahl Stunden	Preis je Stunde	Kosten gesamt
	Anzahl Stunden pro Monat		**Kosten gesamt pro Monat**

Bestätigung der/des Nachbarschaftshelfer/in/s

- ☐ Ich lebe mit der unterstützten Person nicht in einem Haushalt.
- ☐ Ich bin nicht als Pflegeperson nach § 19 SGB XI bei der unterstützten Person tätig.
- ☐ Ich bin nicht mit der unterstützten Person bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert.
- ☐ Ich unterstütze höchstens zwei anspruchsberechtigten Personen gleichzeitig mit einem Umfang von insgesamt höchstens 25 Stunden je Kalendermonat.
- ☐ Ich bestätige, dass ich die dokumentierten Leistungen persönlich bei der unterstützten Person erbracht habe.
- ☐ Ich bin nach § 45 a Abs. 1 Satz 3 SGB XI berechtigt, Leistungen nach § 45 b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI zu erbringen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der/des Nachbarschaftshelfer/in/s

Bestätigung und Abtretungserklärung der/des Versicherten

☐ 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 § 45 b 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/des Versicherten/Bevollmächtigten oder gerichtlich bestellten Betreuer/in/s