

Absender

An die Pflegekasse

Datum: \_\_\_\_\_

### **Antrag auf Leistungen gem. § 39 SGB XI Verhinderungspflege**

für das Jahr \_\_\_\_\_

\_\_\_ tageweise      \_\_\_ stundenweise (weniger als 8 Stunden täglich)

Versicherte Person: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich ab dem \_\_\_\_\_. formlos Verhinderungspflege gem. § 39 SGB XI,  
für den Fall, dass meine Pflegeperson Frau/Herr \_\_\_\_\_ verhindert ist.  
(wegen Urlaub, Krankheit, Terminen etc.).

Ich erhalte Leistungen der Pflegeversicherung seit mind. 6 Monaten.

#### **Die Ersatzpflege wird durchgeführt von:**

care-4-you GmbH & Co.KG  
Havelpassage 10  
16761 Hennigsdorf

Bitte lassen Sie mir eine Eingangsbestätigung meines Antrages zukommen.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leistungsberechtigter / Bevollmächtigter