

Abtretungserklärung & Zahlungsanweisung (Pflegekasse)

Kunde / Versicherte Person:

Name

Anschrift

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Versichertennummer

Pflegegrad

Pflegekasse

Leistungserbringer

Alltagszeit, Theodor-Storm-Weg 1, 49448 Stemshorn

IK Nummer:

Zeitraum der Abtretung

 einmalig für den Monat ____/2025 fortlaufend ab ____/2025 bis Widerruf

Erklärung

Ich trete meine mir zustehenden Erstattungsansprüche gegenüber der Pflegekasse für die unten genannten Leistungen an Alltagszeit ab und weise die Pflegekasse an, Zahlungen unmittelbar an Alltagszeit zu leisten:

- Entlastungsbetrag gem. § 45b SGB XI
- Umwandlungsanspruch gem. § 45a Abs. 4 SGB XI
- Verhinderungspflege gem. § 39 SGB XI (stundenweise/ganztägig)

Die Abtretung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

Ort / Datum

Unterschrift Kunde / gesetzl. Vertreter

Nachweis beigelegt (sofern zutreffend):

- Vollmacht
- Betreuerausweis
- Sorgerechtsausweis