

Absender:

Pflegekasse:

Datum: _____

**Antrag auf Leistungen gem. § 39 SGB XI Verhinderungspflege
für das Jahr _____**

__ tageweise __ stundenweise (weniger als 8 Stunden täglich)

Versicherte Person: _____

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:

Bitte lassen Sie mir eine Eingangsbestätigung meines Antrages zukommen.

Mit freundlichen Grüßen

Name und Unterschrift