

**ABRECHNUNG des Entlastungsbetrages über die NACHBARSCHAFTSHELFENDEN
im Rahmen der Nachbarschaftshilfe**

nach § 45b SGB XI

.....
Name und Vorname der/des Versicherten Geburtsdatum

.....
PLZ Ort

.....
Straße

.....
Versicherungsnummer Telefonnummer

Erklärung der/des Versicherten

Für den Monat: _____ Jahr: _____

Ich bitte um Erstattung der Kosten in Höhe von EUR auf das unten stehende Bankkonto.

Die Betreuung hat an insgesamt Stunden stattgefunden.

Hiermit erteile ich die Abtretung des Leistungsanspruchs über den Entlastungsbetrag und gebe mein Einverständnis, dass mein/e Nachbarschaftshelfende/r den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI direkt mit Ihnen abrechnen darf.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten/Bevollmächtigten

Erklärung der/des Nachbarschaftshelfenden

.....
Name und Vorname der/des Nachbarschaftshelfenden Geburtsdatum

.....
PLZ Ort

.....
Straße Geburtsort

.....
Name des Geldinstitutes

.....
IBAN BIC

Hiermit bestätige ich, dass ich die Betreuung und Entlastung unter Einhaltung der Rahmenvorgaben der Pflegebetreuungsverordnung Sachsen-Anhalt in der o. g. Zeit durchgeführt habe und dafür den Erhalt des vorgenannten Betrages vereinbart habe.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Nachbarschaftshelfenden