

**ABRECHNUNG des Entlastungsbetrages über die VERSICHERTEN  
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 mein Bankkonto.

Die Betreuung hat an insgesamt ..... Stunden stattgefunden.

.....  
Name des ggf. abweichenden Kontoinhabers

.....  
Name des Geldinstitutes

.....  
IBAN ..... BIC

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum ..... **Unterschrift der/des Versicherten/Bevollmächtigten**

**Erklärung der/des Nachbarschaftshelfenden**

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

.....  
PLZ ..... Ort

.....  
Straße ..... Geburtsort

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 vorgenannten Betrag erhalten bzw. den Erhalt vereinbart habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum ..... **Unterschrift der/des Nachbarschaftshelfenden**