

An die

Lebenshilfe BAB gGmbH
-HelferInnenKreis-
Innsbrucker Str. 37
10825 Berlin

Anmeldung für ein Betreuungsangebot nach § 45 b SGB XI

Name, Vorname des Kindes/ des Jugendlichen:

Geburtsdatum:

Erziehungsberechtigte*r oder gesetzliche/r Vertreter*in:

Adresse:

Tel.:

Mobil:

E-Mail:

Behinderung des Kindes/ des Jugendlichen:

Besonderheiten der Betreuung:

An welchen Tagen und für welche Zeiträume wünschen Sie sich ein Betreuungsangebot für Ihr Kind? Bitte Wochentag und Uhrzeit angeben:

nach Absprache

Die Betreuung soll geleistet werden von:

- einer Frau einem Mann egal
 einer uns bekannten Person (Name, Anschrift und Tel.:)

Vereinbart wird die Abrechnung der Betreuungskosten

- über den monatlichen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € monatlich gem. § 45b SGB XI (Angebote zur Unterstützung im Alltag) lt. Rechnung
- über die Verhinderungs-/ Ersatzpflege max. in Höhe von _____ Euro (max 1612 €)
und ggf. anteiliger Kurzzeitpflege in Höhe von _____ Euro (max. 806 €)
- als Selbstzahler/ privat versichert (Rechnung wird Ihnen nach Hause gesandt)

(nicht Zutreffendes ggf. streichen)

Name und Anschrift der Pflegekasse:

Versicherungsnummer des/der zu Betreuenden:

versichert durch: die Mutter den Vater andere Person:

Zum heutigen Zeitpunkt besteht ein Guthaben von: _____ €

- Bei anderen Trägern wird voraussichtlich folgender Betrag abgerechnet: _____ €
- Die zusätzlichen Betreuungsleistungen werden durch keinen weiteren Träger abgerechnet.
Bei Änderungen werden Sie von mir informiert.

Für die erbrachte Leistung gilt das jeweils aktuelle Entgelt zurzeit in Höhe von **16,00 €** pro Stunde als vereinbart.

Sollte kein Guthaben bei der Pflegekasse vorhanden sein, verpflichte ich mich, die Betreuungskosten bzw. den Differenzbetrag selbst zu tragen.

Datum und Unterschrift Erziehungsberechtigte/r oder gesetzliche/r Vertreter*in