



Ihr Alltagshilfe-Team

Zum Hillenwasser 1c

33014 Bad Driburg

Tel.: 05253 9399018

Fax: 05253 9399019

**Abtretungserklärung
Entlastungsbetrag und/oder Verhinderungspflege**

Hiermit trete ich,

Versicherter:

Vor- und Nachname

Geb. am:

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Pflegekasse

KV-Nr.:

an das **Alltagshilfe-Team** folgende Leistungsansprüche zur Direktabrechnung, unwiderruflich/
unter dem Vorbehalt des schriftlichen Widerrufs, ab.

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI)

Entlastungsbetrag (§ 45 b SGB XI)

Leistungserbringer:

Ihr Alltagshilfe-Team

Zum Hillenwasser 1c

33014 Bad Driburg

IK: 460586462

Ich bevollmächtige **Alltagshilfe-Team** zur Abklärung von Zweifelsfragen mit der Pflegekasse
Kontakt aufzunehmen.

Datum

Unterschrift (Versicherter oder Bevollmächtigter)