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 Widerrufes, 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