

Thüringer Landesamt für Finanzen · Beihilfestelle · Ernst-Toller-Straße 14 | 07545 Gera || Postfach 1222 | 07502 Gera
Tel. +49 (0) 361 57 3628-141/143/144 | Fax: +49 (0) 361 57 3628-121 | E-Mail: poststelle-beihilfe@tlf.thueringen.de

Name, Vorname	Personalnummer
---------------	----------------

Erklärung zur Verhinderungspflege bei dauernder Pflegebedürftigkeit

1. Pflegebedürftige Person

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

2. Angaben zur verhinderten Pflegeperson ¹⁾

Name	Vorname
------	---------

Grund der Verhinderung

☐ Erholungsurlaub ☐ Krankheit

☐ Sonstiges: _____

Zeitraum der Verhinderung

von _____ bis _____

Art der Verhinderung

☐ ganztägige Verhinderung
☐ stundenweise Verhinderung (die Pflegeperson ist weniger als 8 Stunden täglich verhindert)

3. Angaben zur Ersatzpflege

☐ Privatperson, die mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft lebt oder bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist:

Name	Vorname
------	---------

Bitte Kostenerstattung unter Punkt 4 bestätigen.

Verwandschaft bis 2. Grad: *Kinder, Eltern, Enkelkinder, Großeltern, Geschwister*

Verschwägerung bis 2. Grad: *Stiefkinder, Schwiegersöhne/-töchter, Stief-/Schwiegereltern, Schwieger-/Stiefenkel, Ehegatten von Geschwistern, Großeltern des Ehegatten, Stiefgroßeltern*

☐ Sonstige Privatperson (z.B. Bekannte oder Nachbarn):

Name	Vorname
------	---------

Bitte Kostenerstattung unter Punkt 5 bestätigen.

☐ Ambulanter Pflegedienst (Rechnungen sind beigelegt)
☐ Stationärer Heimaufenthalt (Rechnungen sind beigelegt)

¹⁾ Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die pflegebedürftige Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in der häuslichen Umgebung gepflegt hat.

4. Kostenerstattung bei Verwandten/Verschwägerten bis zum 2. Grad oder bei häuslicher Gemeinschaft ²⁾

☐ Für die geleistete Verhinderungspflege der unter 1. genannten pflegebedürftigen Person habe ich einen Gesamtbetrag erhalten in Höhe von

Betrag (EUR)

(Auszufüllen, wenn keine separate Quittung eingereicht wird)

☐ Zudem mache ich folgende Aufwendungen geltend:

☐ entstandene Fahrtkosten

☐ mit einem öffentlichen Verkehrsmittel (Nachweis erforderlich, z.B. Fahrkarte)

☐ mit dem Privat-PKW

Fahrt(en) von

bis

Anzahl km (insgesamt)

☐ entstandener Netto-Verdienstaussfall (Bescheinigung des Arbeitgebers erforderlich)

Datum

Unterschrift der Ersatzpflegeperson

5. Kostenerstattung bei sonstigen privaten Pflegepersonen (z.B. Bekannte oder Nachbarn)

☐ Für die geleistete Verhinderungspflege der unter 1. genannten pflegebedürftigen Person habe ich einen Gesamtbetrag erhalten in Höhe von

Betrag (EUR)

(Auszufüllen, wenn keine separate Quittung eingereicht wird)

Hiermit bestätige ich, dass ich mit der pflegebedürftigen Person nicht verwandt und nicht verschwägert bin und nicht in häuslicher Gemeinschaft lebe.

Datum

Unterschrift der Ersatzpflegeperson

²⁾ Wird die Versicherungspflege durch eine Pflegeperson durchgeführt, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder in häuslicher Gemeinschaft lebt, sind die Aufwendungen grundsätzlich auf den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nach § 37 Absatz 1 SGB XI beschränkt. Unabhängig von der Beschränkung der Aufwendungen auf den Betrag des Pflegegrades, sind die Kosten nachzuweisen (z.B. Quittung, Rechnung, Kontoauszug). Sind der Ersatzpflegeperson Aufwendungen für Fahrtkosten oder Verdienstaussfall entstanden, so kann in diesen besonders gelagerten Fällen eine weitere Kostenerstattung im Rahmen der Leistungsbeträge erfolgen.