

Absender

Adresse der Krankenkasse

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Datum:

Name, Geburtsdatum:

Mitgliedsnummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

für mich ist ein erheblicher und dauerhafter Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung im Sinne des § 45 a SGB XI erforderlich.

Daher beantrage ich hiermit gem. § 45 b Abs. 1 SGB XI diese zusätzlichen Mittel und bitte Sie schnellstmöglich um Bestätigung, dass der zusätzliche Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 2.400 € pro Jahr gem. § 45 b SGB XI für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen zur Verfügung steht.

Mit freundlichen Grüßen,