

Antrag auf Übernahme der Kosten für den Aufenthalt

vom _____

	Hilfesuchender	Mutter	Vater
Name:			
Vorname:			
Anschrift:			
geboren am:			
Staatsangehörigkeit:			
Beruf:			
Arbeitgeber:			
Krankenkasse: (<i>Anschrift, Telefonnummer, Versicherungsnummer</i>)			
Name, Vorname und Anschrift des Betreuers:			
Aufgabenkreis des Betreuers:			
Der Hilfesuchende wird in folgender Einrichtung betreut: (<i>Anschrift</i>)			

Ansprüche gegen Drittverpflichtete

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Beruht die Behinderung des Hilfesuchenden auf einem...	Unfall?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
	Geburtsschaden?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
	Impfschaden?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
	Vorsätzlichen und rechtswidrigen Tötlichen Angriff?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
	Falls ja, bestehen Ansprüche gegen den Schädiger oder dessen Versicherung (<i>Bitte Unterlagen beifügen</i>)	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Falls die Behinderung auf einem Unfall beruht	Schädiger (<i>Name und Anschrift</i>):				
	Versicherung (<i>Name und Anschrift</i>):				
	Versicherungsnummer:				
Bei einem Impfschaden oder einem Schaden als Folge eines rechtswidrigen, tötlichen Angriffes	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Falls ja,	Versorgungsamt (<i>Name und Anschrift</i>):				
	Aktenzeichen				

Hat der Hilfesuchende oder ein Elternteil Ansprüche aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften (z. B. nach den Beihilfevorschriften des Landes oder des Bundes)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, Anschrift des Dienstherrn	
Beihilfeumsatz für das Kind	<input type="text"/> %
Ist der Hilfesuchende Asylbewerber oder Kontinentflüchtling?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Tag der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland und ggfls. Datum der Anerkennung
Aufenthaltsstatus (Kopie der Ausländerbehörde beifügen)	

Liegt ein Bescheid der Pflegekasse zu Pflegebedürftigkeit vor?

ja, mit folgendem Ergebnis: Pflegestufe 1 2 3

nein, warum nicht? _____

Der Antrag bei der Pflegekasse wird von mir unverzüglich gestellt.

Ich habe keinen Antrag bei der Pflegekasse gestellt, weil _____

(z. B. da mein Kind nur Hilfen im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, der Hilfebedarf im pflegerischen Bereich nur äußerst gering ist und das die Leistungspflicht der Pflegekasse nicht begründet.)

Sobald die Entscheidung der Pflegekasse vorliegt, bitten wir um direkte Weitergabe einer Durchschrift des Bescheides an den Landschaftsverband.

Der Aufenthalt ist zur persönlichen Entlastung/Urlaub der Betreuungsperson nötig.

Ich (Betreuungsperson) werde während des Aufenthaltes meines Kindes

in einem Krankenhaus behandelt

führe eine Kurmaßnahme durch und habe einen Antrag auf Kostenübernahme bei meiner/meinem

Krankenkasse (Krankenhaus, Kur)

Rentenversicherungsträger (Kurmaßnahme)

gestellt.

Wenn eine Kurmaßnahme oder ein Krankenhausaufenthalt für den Betreuer notwendig ist, muss die Krankenkasse sofort informiert werden, damit eventuell die Finanzierung über diese erfolgen kann.

Ich erkläre mich hiermit bereit, ggfls. Für die aus Anlass des Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege ersparten Aufwendungen (häusliche Ersparnisse) aufzukommen.
ich bin bereit, den Regelsatz zu entrichten.

Den Kostenbeitrag bitte ich zu ermitteln, da ich den Regelsatz nicht entrichten kann. Unterlagen über meine Einkommensverhältnisse, sowie meine zu tragenden Aufwendungen füge ich bei.

Den Kostenbeitrag kann ich nicht entrichten, da ich Hilfe zum Lebensunterhalt vom Sozialamt: _____ beziehe.

Ich bitte eventuelle Barbeträge (z. B. Taschengeld) auf folgendes Konto zu überweisen:

BLZ: _____ KTO: _____

Die obigen Daten werden zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung (§ 53 SGB XII) benötigt.

Ort, Datum:

Unterschrift