

## **Abtretungserklärung zur Entlastung im Alltag**

### Persönliche Angaben:

Name der/des Versicherten: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Krankenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Pflegegrad seit wann: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner / Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

### Beantragung von Leistungen nach:

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

☐ §45b Entlastungsleistungen (131,00 € im Monat)

☐ Privat

☐ §39 Verhinderungspflege (ab Pflegegrad 2, Entlastungsbudget 3.539,00 €)

Die bei der Krankenkasse hinterlegte Pflegeperson bitte mitangeben:

\_\_\_\_\_  
(Bitte private Pflegeperson eintragen)

### Abtretungserklärung

Hiermit trete ich meinen Anspruch auf Leistungen nach §45b SGB XI und §39 SGB XI an die Firma OsteLicht Betreuungsdienst GbR, Bahnhofstr. 32, 27419 Sittensen und an die kooperative Abrechnungsstelle AS Bremen ab. Durch meine Unterschrift bestätige ich, die Datenschutzerklärung des Dienstleisters gelesen und verstanden zu haben.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten bzw. der/des Bevollmächtigten

### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung gemäß DSGVO

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten zum Zweck der Erbringung der Dienstleistung und der Abrechnung mit der Pflegekasse durch den Dienstleister und dessen Kooperationspartner erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

Die Daten werden nur von berechtigten Personen eingesehen und nicht ohne meine Einwilligung an Dritte weitergegeben.

Mir ist bekannt, dass ich mein Widerspruchsrecht jederzeit ohne Angabe von Gründen ausüben und die Einwilligung widerrufen kann.

### Recht auf Widerruf

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen für die Zukunft zu ändern oder vollständig zu widerrufen. Der Widerruf kann schriftlich per Post, per E-Mail oder per Fax an die Firma OsteLicht Betreuungsdienst erfolgen.

Ihre Einwilligung bleibt bis zu einem Widerruf gültig und wird freiwillig erteilt. Sie ist nicht an weitere Bedingungen geknüpft.

### Zusatzvereinbarung zu Terminabsagen

Absage 24 Stunden vorher: 0 % des Stundensatzes

Absage am vereinbarten Termin: 50 % des Stundensatzes

Keine Absage: 100 % des Stundensatzes zzgl. Anfahrtspauschale

### Stundensätze:

Entlastungsleistungen §45b: 42,00 €/Stunde

Verhinderungspflege §39: 46,90 €/Stunde

Anfahrtspauschale: 6,50 €/je Anfahrt