

# Weiterentwicklung der organisierten Einzelhelferinnen und Einzelhelfer im Vor- und Umfeld von Pflege

Ein Modellprojekt gefördert durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration des Landes Baden-Württemberg  
und durch die Pflegeversicherung

**servicepunkt**

Einzelhelferinnen & Einzelhelfer



## Abrechnung der Unterstützungsleistung nach 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI

Angebot zur Unterstützung im Alltag als „Einzelhelferin/ Einzelhelfer“ gemäß  
§45a SGB XI

1

Angaben zur versicherten Person/ Leistungsempfänger:in

Name, Vorname:

---

Adresse:

---

Geburtsdatum:

---

Versichertennummer:

---

### I. Angaben zur Einzelhelferin / zum Einzelhelfer

*Hinweis: Bei dem aufgeführten Angebot handelt es sich um ein nach Landesrecht anerkanntes  
Angebot zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI im Rahmen des Modellprojektes.*

Name, Vorname:

---

Anschrift:

---

### II. Angaben zur Unterstützungsleistung der Einzelhelferin / des Einzelhelfers

#### Erklärung der Leistungsempfängerin/des Leistungsempfängers

Im Abrechnungszeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

wurde ich durch \_\_\_\_\_ (Name, Vorname)

als Einzelhelferin/ Einzelhelfer unterstützt.

Ich bitte um die Erstattung der Aufwendungen und Auslagen in Höhe von \_\_\_\_\_ (Betrag in Euro).

SERVICEPUNKT

ANSCHRIFT

TELEFON

E-MAIL

WEBSITE

# Weiterentwicklung der organisierten Einzelhelferinnen und Einzelhelfer im Vor- und Umfeld von Pflege

Ein Modellprojekt gefördert durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration des Landes Baden-Württemberg  
und durch die Pflegeversicherung

Es sind im Rahmen der Unterstützung folgende Aufwendungen und Auslagen angefallen:

Bezeichnung	Datum	Betrag (in Euro)

2

## Erklärung der Einzelhelferin/ des Einzelhelfers

Hiermit bestätige ich, dass ich die Unterstützung in der o.g. Zeit durchgeführt habe und mir dafür die oben aufgeführten Kosten/Aufwendungen entstanden sind. Zudem bestätige ich, dass ich das Angebot als Einzelhelferin/ Einzelhelfer gemäß den Anerkennungsvoraussetzungen zur Verfügung stelle.

Ort, Datum

Unterschrift der Einzelhelferin / des Einzelhelfers

Bitte überweisen Sie den erstattungsfähigen Gesamtbetrag auf folgendes Konto:

Kontoinhaber:in

IBAN:

BIC:

Geldinstitut:

Ort, Datum

Unterschrift der:des Versicherten\*  
Gesetzliche:r Betreuer:in/Bevollmächtigte

SERVICEPUNKT

ANSCHRIFT

TELEFON

E-MAIL

WEBSITE

# Weiterentwicklung der organisierten Einzelhelferinnen und Einzelhelfer im Vor- und Umfeld von Pflege

Ein Modellprojekt gefördert durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration des Landes Baden-Württemberg  
und durch die Pflegeversicherung

## Abtretungserklärung zum Anspruch auf Erstattung

gem. § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI an die Einzelhelferin/ den Einzelhelfer (gem. § 45a SGB XI)

3

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Ich bin damit einverstanden, dass meine

Pflegekasse

---

den Entlastungsbetrag (gem. § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI) als Erstattungsleistung für das Angebot zur Unterstützung im Alltag (gem. § 45a SGB XI) direkt mit meiner Einzelhelferin /meinem Einzelhelfer (s. o.) abrechnet.

---

Ort, Datum

Unterschrift der:des Versicherten\*  
Gesetzliche:r Betreuer:in/Bevollmächtigte

## Annahme der Abtretung durch die Einzelhelferin/ den Einzelhelfer

Ich nehme die Abtretung an.

---

Ort, Datum

Unterschrift der Einzelhelferin / des Einzelhelfers

SERVICEPUNKT

ANSCHRIFT

TELEFON

E-MAIL

WEBSITE