



BAHN-BKK
PostCenter
48123 Münster

Abrechnung von Entlastungsleistungen im Rahmen der Nachbarschaftshilfe nach § 45b SGB XI

Name und Vorname der pflegebedürftigen Person		Geburtsdatum	
PLZ Ort			
Straße Hausnummer			
Versicherungsnummer		Telefonnummer	
Erklärung			
In der Zeit vom _____ bis _____ habe ich Entlastungsleistungen im Rahmen der Nachbarschaftshilfe erhalten.			
Die Hilfe in der vorgenannten Zeit hat an insgesamt _____ Stunden stattgefunden.			
Ich bitte um Erstattung der Kosten in Höhe von _____ €*:			
Meine Bankverbindung lautet:			
Name des Geldinstitutes:			
IBAN:			
BIC:			
_____ Unterschrift der pflegebedürftigen Person			
Erklärung des Nachbarschaftshelfers / der Nachbarschaftshelferin			
_____ Name, Vorname			
*Hiermit bestätige ich, dass ich die Nachbarschaftshilfe unter Einhaltung der Rahmenvorgaben der Landesverordnung in der o. g. Zeit durchgeführt habe und dafür den vorgenannten Betrag erhalten bzw. den Erhalt vereinbart habe.			
_____ Ort, Datum		_____ Unterschrift Nachbarschaftshelfer/Nachbarschaftshelferin	

Datenschutzhinweis

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung unserer Aufgaben erforderlich. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) finden Sie auf unserer Internetseite www.bahn-bkk.de/datenschutz. Gern senden wir Ihnen diese Informationen auch zu. Rufen Sie uns dazu bitte unter unserer kostenfreien Servicenummer an: 0800 22 46 255. Sie erreichen uns täglich von 8 bis 20 Uhr.