

Ist die notwendige Freistellung auf ein Unfallereignis des zu pflegenden Angehörigen zurückzuführen?

Ja Nein

Ich bin ein naher Angehöriger des Pflegebedürftigen im Sinne des Pflegezeitgesetzes

(dazu gehören: Eltern, Großeltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Schwägerinnen u. Schwager, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, Kinder oder Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder).

Ja Nein

Es wurde bereits Pflegeunterstützungsgeld für _____ (Name) gewährt.

Ja, vom _____ bis _____ Nein

Ich versichere, dass ich zur Sicherstellung/ Organisation der Pflege meines nahen Angehörigen der Arbeit vom _____ bis _____ ferngeblieben bin und gegen meinen Arbeitgeber

Kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung habe.

Anspruch auf Entgeltfortzahlung, für _____ Tage während der Freistellung von der Arbeit habe.

Ich verpflichte mich, Änderungen in den aktuellen Verhältnissen, die meinen pflegebedürftigen Angehörigen oder mich betreffen umgehend bei der Pflegekasse der bkk melitta hmr bekannt zu geben.

Ort, Datum

Unterschrift

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 60-62 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 28 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.

Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie unter www.bkk-melitta-hmr.de oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns per Telefon unter **0571 93409-0** oder per E-Mail unter datenschutz@bkk-melitta.de an.

Allgemeiner Hinweis:

Bitte dem Antrag die ärztliche Bescheinigung beifügen.

Ärztliche Bescheinigung

Pflegeunterstützungsgeld für pflegende Angehörige nach § 44a SGB XI

1. naher Angehöriger

Name: _____

Vorname: _____

geboren am: _____

Anschrift: _____

Verwandtschaftsverhältnis zum Versicherten: _____

2. (voraussichtlich) Pflegebedürftiger/Pflegebedürftiger

Name: _____

Vorname: _____

geboren am: _____

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Für den oben genannten nahen Angehörigen ist eine Freistellung von der Arbeit erforderlich, um im aktuellen Akutfall die Pflege des Angehörigen zu organisieren oder die pflegerische Versorgung sicherzustellen. Der Patient erfüllt aus unserer Sicht die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit.

Zeitraum der erforderlichen Freistellung: vom _____ bis _____

Erläuterung zur Akutsituation:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes