

Antragsteller (pflegender Angehöriger / Betreuer):

Vorname:	Name:
Straße:	Haus-N r.:
	Ort:
Telefon:	Fax:

An die Pflegekasse

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Abtretungserklärung der Geldleistungen aus der Verhinderungspflege (5 39 SGB XI) und für zusätzliche Betreuungsleistungen (5 45a SGB XI)

für den Versicherten

Vorname:	Name:
Versicherungs-Nr.:	Geburtsdatum:

Sehr geehrte Damen und Herren,

die/der vorstehend genannte Versicherte wird in der Zeit meiner Verhinderung durch die  
Bildungs- und Erholungsstätte Langau, Teilhabedienste, 86989 Steingaden,  
Tel. 08862/9102-42, Mail: veranstaltung@langau.de betreut.

Hiermit trete ich als pflegende/r Angehörige/r, Betreuer/in bzw. gesetzl. Vertreter/in die bewilligten Geldleistungen nach 5 395 und 45a/b SGB XI im Rahmen der beauftragten Pflegeersatzleistungen (laut vorliegender Kostenvoranschläge bzw. Rechnungen) an die Bildungs- und Erholungsstätte Langau ab.

Mit freundlichem Gruß!

(Unterschrift)