

**Formular zur Erstattung der Aufwandsentschädigung  
nach § 82 Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 AVSG  
(für Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI)**

Anschrift (Kranken- und Pflegekasse)\*

.....

.....

.....

.....

\*Bitte senden Sie dieses Formular direkt an die Pflegekasse der Person, die Sie unterstützen.

**Daten der ehrenamtlich tätigen Einzelperson**

---

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Institutionskennzeichen

Telefonnummer

Anzahl der unterstützten Personen

**Daten der unterstützten Person**

---

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

Name der Kranken- und Pflegekasse

Krankenversicherungsnummer

**Bitte führen Sie dieses Formular pro Monat und unterstützter Person. Das jeweilige Formular kann frühestens am Ersten des Folgemonats bei der Pflegekasse der Person mit Pflegebedarf eingereicht werden (Beispiel: Einreichen des Formulars vom Mai frühestens am 1. Juni).**

