

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

Anschrift (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).**

**Bei der ersten Abrechnung empfiehlt es sich, die aktuelle Registrierungsbestätigung beizulegen.**

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

**Aufwandsentschädigung pro Stunde in €:** \_\_\_\_\_

Datum	Uhrzeit (von – bis)	Stunden	Unterschrift der unterstützten Person

**Gesamtstunden x Aufwandsentschädigung (pro Stunde) = Gesamtsumme:** \_\_\_\_\_

**Abtretungserklärung** (wenn Sie über eine Abtretungserklärung abrechnen, füllen Sie diese bitte jedes Mal erneut aus. Privatversicherte wenden sich bei gewünschter Direktzahlung direkt an ihr Versicherungsunternehmen)

Die Geltendmachung des Entlastungsbetrags erfolgt auf Grundlage der Abtretungserklärung:

Hiermit beauftrage ich \_\_\_\_\_  
Name der ehrenamtlich tätigen Einzelperson

\_\_\_\_\_ **ODER** \_\_\_\_\_  
Institutionskennzeichen Name Kontoinhaber/in

\_\_\_\_\_ Name Kreditinstitut

\_\_\_\_\_ BIC

\_\_\_\_\_ IBAN

die erbrachten Entlastungsleistungen unmittelbar mit meiner gesetzlichen Pflegekasse abzurechnen.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift der unterstützten Person

Ich versichere, dass ich mit der Person, die ich unterstütze, nicht bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert bin.

Hiermit bestätige ich, dass ich die Entlastungsleistungen gemäß den Voraussetzungen des § 82 Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 AVSG in der o.g. Zeit erbracht habe und dafür den vorgenannten Betrag erhalten bzw. den Erhalt vereinbart habe. Für Leistungen, welche entgegen den Regelungen des § 82 Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 AVSG i. V. m. Nr. 1.3.1 VV-AVSG erbracht wurden, besteht kein Zahlungsanspruch. Geleistete Zahlungen können in diesem Zusammenhang zurückgefordert werden.

\_\_\_\_\_ Ort, Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift ehrenamtlich tätige Einzelperson