

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.