



**Ggf. zusätzlich angefallene Kosten:**

(Bitte nur ausfüllen, wenn die Ersatzkraft mit Ihnen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist oder mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebt und Kosten entstanden sind)

Fahrkosten PKW:

Anz. Fahrten     x gefahrene km     x 0,20 €/km =     ,   €

Fahrkosten öffentliche Verkehrsmittel (Bitte Belege beifügen!):     ,   €

Verdienstaussfall (Bitte Nachweis beifügen!):       ,   €

Insgesamt entstand. Aufwendungen / Gesamtbetrag (EUR):       ,   €

Bitte dem Antrag jeweils entsprechende Nachweise (z. B. Kontoauszug, Zahlungsquittung, usw.) beifügen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass sämtliche Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

·     ·

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ersatzpflegekraft

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle gemachten Angaben wahrheitsgemäß und richtig sind. Mir ist bewusst, dass Falschangaben ggf. den Straftatbestand des Betruges, gem. § 263 Strafgesetzbuch erfüllen. Weiterhin ist mir bekannt, dass der in Empfang genommene Betrag gegebenenfalls steuerpflichtiges Einkommen darstellt, welches durch mich an das zuständige Finanzamt gemeldet werden muss. Die Pflegekasse ist berechtigt, eine entsprechende Kontrollmeldung an das zuständige Finanzamt zu übermitteln.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

·     ·

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Pflegebedürftigen/ Bevollmächtigten

