

**Abrechnung des Entlastungsbetrages über die Versicherten
im Rahmen der Nachbarschaftshilfe**

nach § 45b SGB XI

.....
Name und Vorname der/des Versicherten Geburtsdatum

.....
PLZ Ort

.....
Straße

.....
Versicherungsnummer Telefonnummer

Erklärung der/des Versicherten

Für den Monat: _____ Jahr: _____

Ich bitte um Erstattung der Kosten in Höhe von EUR auf mein Bankkonto.

Die Betreuung hat an insgesamt Stunden stattgefunden.

.....
Name des ggf. abweichenden Kontoinhabers

.....
Name des Geldinstitutes

.....
IBAN BIC

Ort, Datum **Unterschrift der/des Versicherten/Bevollmächtigten**

Erklärung der/des Nachbarschaftshelfenden

.....
Name und Vorname der/des Nachbarschaftshelfenden Geburtsdatum

.....
PLZ Ort

.....
Straße Geburtsort

Hiermit bestätige ich, dass ich die Betreuung und Entlastung unter Einhaltung der Rahmenvorgaben der Pflegebetreuungsverordnung Sachsen-Anhalt in der o. g. Zeit durchgeführt habe und dafür den vorgenannten Betrag erhalten bzw. den Erhalt vereinbart habe.

Ort, Datum **Unterschrift der/des Nachbarschaftshelfenden**