

**Nachweis für Leistungen im Rahmen des Entlastungsbetrages nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Ziffer 4 SGB XI
(Nachbarschaftshilfe nach § 2a Abs. 3 Unterstützungsangebotsverordnung Mecklenburg-Vorpommern)**

Monat:	Jahr:
---------------	--------------

Name, Vorname der/des Versicherten: _____

geboren am: _____

Anschrift: _____

Versichertennummer: _____ Pflegegrad: _____

Pflegekasse: _____

Name, Vorname sowie Anschrift der/des Nachbarschaftshelfer/in/s

Institutionskennzeichen (IK):

Die in der Landesverordnung genannten Tätigkeiten wurden wie folgt erbracht:

Datum	Anzahl Stunden	Preis je Stunde	Kosten gesamt
	Anzahl Stunden pro Monat		Kosten gesamt pro Monat

Bestätigung der/des Nachbarschaftshelfer/in/s

☐ Ich lebe mit der unterstützten Person nicht in einem Haushalt.

☐ Ich bin nicht als Pflegeperson nach § 19 SGB XI bei der unterstützten Person tätig.

☐ Ich bin nicht mit der unterstützten Person bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert.

☐ Ich unterstütze höchstens zwei anspruchsberechtigten Personen gleichzeitig mit einem Umfang von insgesamt höchstens 25 Stunden je Kalendermonat.

☐ Ich bestätige, dass ich die dokumentierten Leistungen persönlich bei der unterstützten Person erbracht habe.

☐ Ich bin nach § 45 a Abs. 1 Satz 3 SGB XI berechtigt, Leistungen nach § 45 b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI zu erbringen.

☐ Ich erbringe Leistungen nach Landesverordnung.

☐ Ich absolviere regelmäßig im Abstand von zwei Jahren nach Qualifizierung einen Aufbaukurs.

☐ Änderungen in meinen Kontaktdaten melde ich der ARGE-IK.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Nachbarschaftshelfer/in/s

Bestätigung und Abtretungserklärung der/des Versicherten

- ☐ Ich habe die dokumentierten Leistungen in Anspruch genommen und bestätige die Art und die Menge der genannten Leistungen.

Abtretung:

- ☐ Ich beauftrage die Pflegekasse, die mir zustehenden Leistungen nach § 45 b SGB XI für den o. g. Zeitraum an die/den im Leistungsnachweis genannte/n Nachbarschaftshelfer/in zu zahlen.
Ich trete insoweit meine Ansprüche an die/den genannte/n Nachbarschaftshelfer/in ab.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten/Bevollmächtigten oder gerichtlich bestellten Betreuer/in/s