



## Familie- Freizeit- Begegnung: Abtretungserklärung

**Träger der Einrichtung:** **Lebenshilfe Stuttgart e.V.**  
**Teilhabernetzwerk, Familie-Freizeit-Begegnung**  
**Löwentorstr. 18-20, 70191 Stuttgart**

Alle angegebenen Daten werden auf Grundlage des Sozialdatenschutzes § 35 Abs. 1 SGB I i. V. m. dem zweiten Kapitel SGB X, den §§ 39 und 45 SGB XI und dem Mindeststandard des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) erhoben, verarbeitet und genutzt.  
 Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

<b>Teilnehmer/in:</b>	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname: _____ Versicherungsnummer: _____
<b>1. Angebotsdaten</b>	
Angebot: _____	Datum (von – bis): _____
<b>2. Abrechnung</b> (Bitte beachten: Es kann pro Angebot nur die Ersatzpflege oder nur der Entlastungsbetrag angekreuzt werden.)	
<b>Für das oben genannte Angebot besteht ein Anspruch auf:</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Ersatzpflege</b> (§ 39 SGB XI)
<input type="checkbox"/>	Ich habe <b>bei der Pflegekasse einen Antrag auf Ersatzpflege gestellt</b> und die Pflegekasse somit darüber informiert, dass die Lebenshilfe Stuttgart e.V. mich im oben genannten Angebot begleitet.
<input type="checkbox"/>	Der gesetzliche Rahmen von 42 Tagen / 1.612 € Ersatzpflege pro Jahr ist noch nicht ausgeschöpft. Für alle nicht durch die Pflegekasse übernommenen Anteile oder Überschreitungen komme ich selbst auf.
<input type="checkbox"/>	<b>Entlastungsbetrag</b> (§ 45b SGB XI)
<input type="checkbox"/>	Ich habe die Pflegekasse darüber informiert, dass die Lebenshilfe Stuttgart e.V. mich im oben genannten Angebot begleitet.
<input type="checkbox"/>	Der gesetzliche Rahmen von 125 € Entlastungsbetrag pro Monat ist noch nicht ausgeschöpft. Für alle nicht durch die Pflegekasse übernommenen Anteile oder Überschreitungen komme ich selbst auf.
<b>3. Abtretungserklärung</b>	
<input type="checkbox"/>	Ich bin damit einverstanden, dass der Fachdienst Familie - Freizeit - Begegnung (FFB) der Lebenshilfe Stuttgart e.V. für den oben genannten Zeitraum im Rahmen der Ersatzpflege oder des Entlastungsbetrages direkt mit meiner Pflegekasse abrechnet.
Name der Pflegekasse: _____	
Straße, Hausnr. _____	PLZ, Ort _____
<b>Hiermit bestätige ich/bestätigen wir die oben genannten Punkte:</b>	
<b>Teilnehmer/in:</b>	
Datum: _____	Unterschrift: _____
<b>Sorgeberechtigte/r / gesetzliche/r Betreuer/in:</b>	
Datum: _____	Vorname, Name (in Druckbuchstaben): _____
Unterschrift: _____	