
(Vorname des Versicherten)

(Name des Versicherten)

(Straße u. Haus-Nr.)

(PLZ)

(Ort)

Tel.: _____

Vers.Nr. _____

An die Pflegekasse

Bitte hier die Adresse der Pflegekasse eintragen:

Abtretungserklärung

Erstattung von zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen gem. §§ 45a und b SGB XI

Ich habe den Anbieter des Angebotes zur Unterstützung im Alltag (ehemals
niedrigschwelliges Betreuungsangebot)

dynamis e.V.
Geschäftsstelle
Oldenburger Str.9
10551 Berlin

mit der Durchführung zusätzlicher Betreuungs- und Entlastungsleistungen in der Zeit

von _____ bis _____

beauftragt.

Die für diese Betreuung anfallenden Kosten bitte ich direkt mit dem Anbieter abzurechnen.
Für diese Zwecke trete ich meinen Anspruch, der gem. §§ 45a und b SGB XI besteht,
an den Anbieter ab.

Berlin, den

Unterschrift des/ der
Anspruchsberechtigten bzw. des/
der Betreuenden