

An
R+V Betriebskrankenkasse
Team Pflege
65215 Wiesbaden

Datum: _____



Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung – Umwandlungsantrag

1. Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum	
Versicherungsnummer	

Hiermit beantrage ich die Umstellung der Leistungsart meiner Pflegeleistungen ab dem _____
(bitte immer ein Datum angeben)

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass eine Leistungsumstellung zum Monatswechsel für eine unkomplizierte Abwicklung wünschenswert ist.

Ich beantrage ab diesem Datum Hilfen in Form von:

- ☐ Geldleistung – Die Pflege erfolgt durch eine private, selbstorganisierte Pflegeperson.
- ☐ Sachleistung – Die Pflege erfolgt durch einen zugelassenen Pflegedienst.
- ☐ Kombinationsleistung – Die Pflege erfolgt anteilig durch eine Privatperson und anteilig durch einen Pflegedienst.
- ☐ Vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim
- ☐ Vollstationäre Pflege in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung

**Geldleistungen sollen auf folgende Bankverbindung gezahlt werden
(auch bei Kombinationsleistung anzugeben):**

Kreditinstitut (Name): _____

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die IBAN in Deutschland besteht aus 22 Zeichen (2-stelliger Ländercode, 2-stellige Prüfzahl, 8-stellige Bankleitzahl, 10-stellige Kontonummer), internationale IBANs können bis zu 31 Zeichen umfassen.

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(8 oder 11-stellig)

Kontoinhabende Person _____

Es bestehen Ansprüche auf Beihilfe oder Heilfürsorge im Pflegefall:

- ☐ Ja ☐ Nein

Die Pflege wird zukünftig durchgeführt von:

Die Pflege wird durchgeführt von einem/einer:

- ☐ Pflegedienst, Pflegeheim, Tagespflegeeinrichtung, Einrichtung für Menschen mit Behinderung.

Der Pflegedienst/die Einrichtung ist tätig seit dem ____.

Name der Einrichtung/ des Pflegedienstes			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Ort			
Telefonnummer			

- ☐ Private Pflegeperson

	Pflegeperson 1	Pflegeperson 2	Pflegeperson 3
Name, Vorname			
Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort			
Geburtsdatum			
Telefonnummer			
Ist die Pflegeperson neben der Pflgetätig- keit berufstätig?	☐ Nein ☐ Ja, seit ____ für ☐ > 30 Std./Woche ☐ <= 30 Std./Woche	☐ Nein ☐ Ja, seit ____ für ☐ > 30 Std./Woche ☐ <= 30 Std./Woche	☐ Nein ☐ Ja, seit ____ für ☐ > 30 Std./Woche ☐ <= 30 Std./Woche
Die Person hilft an (mind.) zwei unter- schiedlichen Tagen/ Woche, mind. 10 Std./ Woche:	☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja
Seit wann wird gepflegt?			
Erhält die Pflegeper- son eine Vollrente wegen Alters oder eine vergleichbare Leistung nach Erreichen einer Altersgrenze?	☐ Nein ☐ Ja, seit ____	☐ Nein ☐ Ja, seit ____	☐ Nein ☐ Ja, seit ____

Datenschutzhinweis

Damit wir unsere Aufgabe rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I unter Angabe wahrheitsgemäßer Tatsachen erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen. Wir verweisen auf die Folgen fehlender Mitwirkung nach § 66 SGB I. Bei der Erhebung der zur Antragsprüfung erforderlichen Daten richten wir uns nach den gesetzlichen Vorgaben (vgl. § 94 SGB XI). Ihre persönlichen Daten unterliegen dem Datenschutz (vgl. § 67 ff. SGB X). Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen vorhanden, werden diese an die Beihilfestelle zur Aufnahme der Beitragszahlung gemeldet.

Weitere Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter www.ruv-bkk.de/datenschutz.

Unterschrift pflegebedürftige, betreuende oder bevollmächtigte Person

Datum, Unterschrift pflegebedürftige, betreuende oder bevollmächtigte Person

Bei diesem Antrag hat mitgewirkt:

Name, Vorname, Anschrift, Tel.-Nr., Stellung zur pflegebedürftigen Person (z. B. betreuende Person)