

An

Krankenkasse

Anschrift

PLZ, Ort

Datum

Antragsteller

Vorname,

Name ,

Versicherungs Nummer

Antrag auf zusätzliche Betreuungsleistungen und Entlastungsleistungen gemäß § 45b/c SGB XI

(1a) Pflegebedürftige, die nicht die Voraussetzungen des § [45a](#) erfüllen, können ebenfalls zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach Absatz 1 in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür werden bis zu einem Betrag in Höhe von 104 Euro monatlich ersetzt.

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich formlos folgende Leistungen der Pflegeversicherung::

zusätzliche Betreuungsleistungen und Entlastungsleistungen ab den 01.01.2015 mit dem mtl. Grundbetrag von 104,- Euro.

Bitte lassen Sie mir eine Eingangsbestätigung meines Antrages zukommen.

Für Ihre Bemühungen danke ich Ihnen im Voraus.

Mit freundlichem Grüßen