Dieses Formular direkt online ausfüllen
Druckfertig in 2 Minuten. Dieser Hinweis wird nicht mitgedruckt.
Ausfüllen · 2,99 €

Bestätigung über geleistete Ersatzpflege (Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI)

Pflegebedürftige Person: [Name, Geburtsdatum, Versichertennummer]
Ersatzpflegeperson: [Name, Anschrift, Telefon]

Verhältnis zur pflegebedürftigen Person: [nicht verwandt / verwandt oder verschwägert als …]
Lebt im selben Haushalt: [ja / nein]
Pflege erwerbsmäßig: [ja / nein]

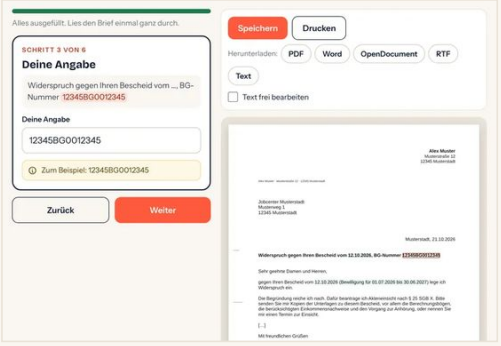
Einsätze:
[Datum, Uhrzeit von bis, Stunden, z. B. 03.09.2025, 8:00 bis 12:00 Uhr, 4 Stunden]
[weitere Einsätze]
Zusammen: [Zahl] Stunden an [Zahl] Tagen

Vergütung: [Betrag] € je Stunde, zusammen [Betrag] €. Den Betrag habe ich am [Datum] [bar / per Überweisung] erhalten.

Auslagen: [Zahl] Fahrten zu je [km] km mit [Auto / Bus und Bahn, Fahrkarten anbei]. Verdienstausfall: [Betrag] €, Bescheinigung des Arbeitgebers anbei.

Ich bestätige, dass diese Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass die Vergütung für mich steuerpflichtig sein kann.

[Ort, Datum]
[Unterschrift der Ersatzpflegeperson]



UNSERE ONLINE-SOFTWARE

Dein Formular. Druckfertig in 2 Minuten.

- Schritt für Schritt, mit Hinweis zu jedem Punkt
- Nach DIN 5008, passend für den Fensterumschlag
- Als PDF, Word, OpenDocument, RTF oder Text

Formular fertig ausfüllen · 2,99 €

Einmal 2,99 € für dieses Formular, kein Abo. Dieser Kasten wird nicht gedruckt.