

Bitte bei Ihrer zuständigen Pflegeversicherung einreichen.

Erklärung zur Erfüllung der Anerkennungsvoraussetzungen für Nachbarschaftshilfe		
gemäß Verordnung der Sächsischen Staatsregierung für die Anerkennung und Förderung von Unterstützungsangeboten in der Pflege (Sächsische Pflegeunterstützungsverordnung - SächsPflUVO)		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		
pflegeversichert bei		Krankenversicherungsnummer
Telefonnummer*		
Ich möchte gern als Nachbarschaftshelferin bzw. Nachbarschaftshelfer tätig sein, bei * (Name, Nachname, Pflegeversicherung)		
Ich erkläre <input type="checkbox"/> die pauschale Vergütung je Einsatzstunde übersteigt 5 EUR nicht <u>Hinweis:</u> Beträgt die vereinbarte pauschale Vergütung nicht mehr als 5 Euro pro Stunde, entfällt die Verpflichtung zur Versicherung gegen Schäden, welche ich im Rahmen meiner Tätigkeit in der Nachbarschaftshilfe anderen zufügen kann. Ich bin in diesem Fall über die Sammelhaftpflicht- und Sammelunfallversicherung des Freistaates Sachsen für Ehrenamtliche versichert (vgl. § 10 Abs. 2 SächsPflUVO). Für den Fall, dass die pauschale Vergütung je Einsatzstunden 5 EUR übersteigt, habe ich mich angemessen gegen Schäden versichert, welche ich im Rahmen meiner Tätigkeit in der Nachbarschaftshilfe anderen zufügen kann. <input type="checkbox"/> ja, Höhe Deckungssumme:		
Für die Anerkennung wird eine Deckungssumme von mind. 2 Mio. EUR für Personen-, Sach- und Vermögensschäden als ausreichend betrachtet. <u>Hinweis:</u> Es wird empfohlen vor Tätigkeitsaufnahme mit einem Versicherungsunternehmen den Versicherungsschutz für diese Tätigkeit verbindlich abzuklären.		
Ich habe einen von den Pflegekassen für die Nachbarschaftshilfe anerkannten Kurs absolviert <input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein Kursanbieter war: <i>Bestätigung des Kursanbieters über die Kursteilnahme bitte beifügen</i>		
Ich erkläre darüber hinaus, dass ich folgende Voraussetzungen für die Anerkennung in der Nachbarschaftshilfe gemäß SächsPflUVO während meiner Tätigkeit einhalte: <ul style="list-style-type: none">• ich bin nicht Betreuerin bzw. Betreuer des Anspruchsberechtigten,• ich lebe nicht in häuslicher Gemeinschaft mit der zu betreuenden Person,• ich bin nicht als Pflegeperson i.S.v. § 19 SGB XI bei der zu betreuenden Person tätig,• ich bin nicht mit der zu betreuenden Person bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert,• ich bin maximal 40 Stunden pro Kalendermonat für betreuende und entlastende Tätigkeiten im Einsatz,• die pauschale Vergütung je Einsatzstunde übersteigt 10 EUR nicht.		
Ich bestätige hiermit die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ort, Datum Unterschrift		

* freiwillige Angabe

Hinweis zum Datenschutz:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) zum Zweck der Bearbeitung Ihres Antrags für die Erbringung von Pflegeleistungen nach § 45 b SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen § nach 45 b SGB XI führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie bei Ihrer zuständigen Pflegekasse.