

Nachname, Vorname: _____
 der / des Pflegebedürftigen _____
 Straße, Nr.: _____
 PLZ, Ort: _____
 Versichertennummer: _____ Geburtsdatum: _____



Techniker Krankenkasse
 20902 Hamburg

Abrechnung des Entlastungsbetrags

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Angaben zur Nachbarschaftshilfe

Vorname der Nachbarschaftshelferin / des Nachbarschaftshelfers

Nachname der Nachbarschaftshelferin / des Nachbarschaftshelfers

Die Person ist als Nachbarschaftshelfer/in anerkannt.

Angaben zu den Leistungen

Folgende Leistungen wurden erbracht:

Wichtig: Bitte schicken Sie uns das Formular erst, nachdem die Leistungen erbracht wurden.

Preis pro Stunde _____ , _____ EUR

Datum	Anzahl der Stunden	Betrag pro Monat
_____ Monat Jahr	_____ , _____	_____ , _____ EUR
_____ Monat Jahr	_____ , _____	_____ , _____ EUR
_____ Monat Jahr	_____ , _____	_____ , _____ EUR

506790097443



Bestätigung der Nachbarschaftshelferin / des Nachbarschaftshelfers

Tag Monat Jahr

 Unterschrift der Nachbarschaftshelferin / des Nachbarschaftshelfers

