

Zurück an:

Abrechnungszentrum
 Mein Helfair H. Burget u. M. König GbR
 z.H. Marvin Schellinger
 Hoher Weg 53/1
 88048 Friedrichshafen

(!) Die Abtretungserklärung kann auch eingescannt und als PDF-Datei per E-Mail an folgende Mailadresse geschickt werden: finanzen@meinhelfair.de

Abtretungserklärung zur Abtretung des Leistungsanspruchs über den Entlastungsbetrag nach § 45b Sozialgesetzbuch XI (SGB XI)

Name, Vorname (Vollständiger Name)	
Geburtsdatum (01.01.2025)	
Sozialversicherungsnummer (12 345678 A 123)	
Kranken-/Pflegekasse (z.B. AOK, Techniker, BKK MTU, etc...)	
Art der Versicherung (Bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Gesetzlich Pflegeversichert
	<input type="checkbox"/> Privat Pflegeversichert

Erklärung:

Hiermit erteile ich die Abtretung des Leistungsanspruchs auf den Entlastungsbetrag nach § 45b Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) und gebe mein Einverständnis, dass der folgende haushaltsnahe Dienstleister, der nach Landesrecht gemäß § 45a SGB XI anerkannt ist, den Entlastungsbetrag bis zum jeweils gültigen gesetzlichen Höchstbetrag pro Monat mit der oben genannten Kranken-/Pflegekasse abrechnen darf.

Nach Landesrecht gemäß § 45a SGB XI anerkannter haushaltsnaher Dienstleister:

Mein Helfair H. Burget u. M. König GbR
 Am Wiesengraben 8
 88048 Friedrichshafen
 IK-Nummer: 460 829 205

 Ort, Datum



Unterschrift des/der Erklärenden
 (ggf. gesetzlicher Vertreter/Bevollmächtigter)

Gesellschafter Mein Helfair GbR
 Hannes Burget