



mein helfair

Informationsschreiben Entlastungsbetrag Abrechnung mit der Pflegekasse

Mein Helfair H. Burget u. M. König GbR
Am Wiesengraben 8
88048 Friedrichshafen

Stand: 01.06.2025

*Im Text wird – ohne jede Diskriminierungsabsicht – ausschließlich die männliche Form verwendet.
Damit sind alle Geschlechter einbezogen.

Abrechnung der Kundenaufträge mit der Pflegekasse

Mein Helfair ist in folgenden Landkreisen als haushaltsnaher Dienstleister nach § 45a SGB XI / UstA-VO BW anerkannt:

- Landkreis Bodenseekreis (Anerkannt seit: 01.11.2023)
- Landkreis Konstanz (Anerkannt seit: 01.04.2025)
- Landkreis Ravensburg (Anerkannt seit: 01.05.2025)

Durch die Anerkennung von Mein Helfair in den o.g. Landkreisen können Kundinnen und Kunden mit mindestens Pflegegrad 1, die zuhause gepflegt werden, den Entlastungsbetrag von bis zu 131 € pro Monat (jährlich 1.572 €) in Anspruch nehmen. Nicht genutzte Beträge werden automatisch ohne Antrag ins Folgejahr übertragen und können bis zum 30. Juni des Folgejahres verwendet werden.

Zusätzlich besteht die Möglichkeit, den Umwandlungsanspruch zu nutzen:

40 % der Pflegesachleistungen können pro Kalenderjahr in Entlastungsleistungen (z. B. anerkannte haushaltsnahe Dienstleistungen) umgewandelt werden – vorausgesetzt, Sie haben Anspruch auf Pflegesachleistungen (mindestens Pflegegrad 2 und häusliche Pflege). Die Prüfung erfolgt in der Regel automatisch durch Ihre Pflegekasse, andernfalls können Sie diesen Anspruch selbst beantragen.

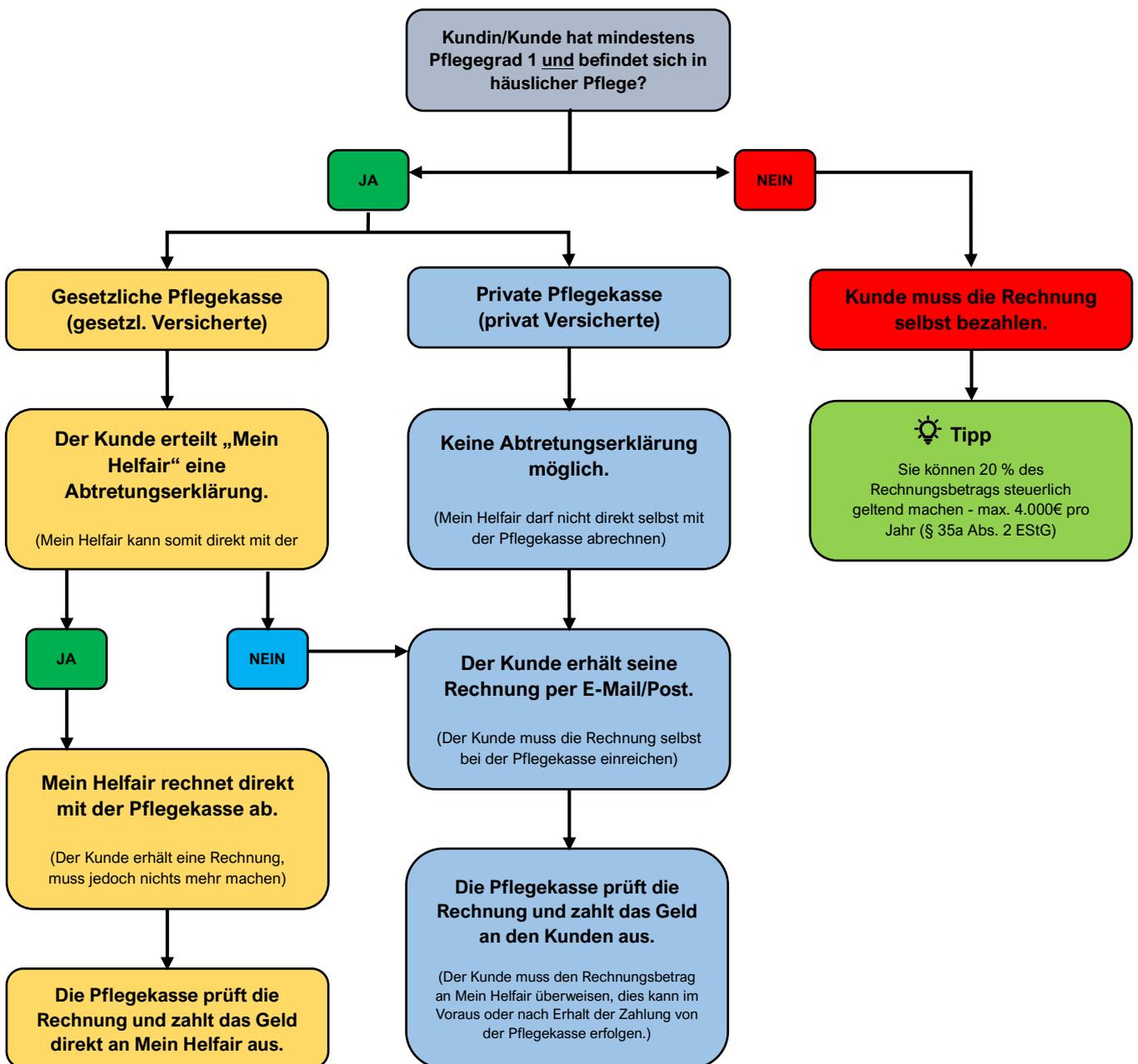
Übersicht wie viel Anspruch Sie max. pro Kalenderjahr für haushaltsnahe Dienstleistungen in Anspruch nehmen können:

Pflegegrad	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Entlastungsbetrag pro Monat	131,00 €	131,00 €	131,00 €	131,00 €	131,00 €
Entlastungsbetrag pro Kalenderjahr	1.572,00 €	1.572,00 €	1.572,00 €	1.572,00 €	1.572,00 €
Umwandlungsanspruch pro Monat	Kein Anspruch	318,40 €	598,80 €	743,60 €	919,60 €
Umwandlungsanspruch pro Kalenderjahr	Kein Anspruch	3.820,80 €	7.185,60 €	8.923,20 €	11.035,20 €
Gesamtanspruch pro Kalenderjahr	1.572,00 €	5.392,80 €	8.757,60 €	10.495,20 €	12.607,20 €

Im Nachfolgenden wird konkret dargestellt, wie die Abrechnung mit der Pflegekasse und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages erfolgt:

Die Zahlungsfrist für Kundinnen und Kunden, welche über die Pflegekasse laufen beträgt 4 Wochen ab dem Rechnungsdatum.

Es können nur Leistungen welche über die Preisklasse IV (38,50€ pro Stunde) laufen und Fahrtkosten über die Pflegekasse abgerechnet werden. Alle anderen Leistungen müssen selbst beglichen werden bzw. werden nicht von der Pflegekasse übernommen.



Hinweis zur Abtretungserklärung:

Ansprechpartner:

Mitarbeiter: Marvin Schellinger
Abteilung: Finanz- und Rechtswesen
E-Mail: finanzen@meinhelfair.de
Telefon: 015679 519 776

Adresse Abrechnungszentrum:

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

Bitte füllen Sie die Abtretungserklärung vollständig aus und unterschreiben Sie diese.

(Hinweis: Sie sind nicht verpflichtet, eine Abtretungserklärung zu erteilen.)

Legen Sie der Abtretungserklärung bitte außerdem einen aktuellen Pflegegradbescheid Ihrer Pflegekasse bei. Daraus sollte hervorgehen, welchen Pflegegrad Sie haben und seit wann dieser besteht.

Senden Sie die ausgefüllte und unterzeichnete Abtretungserklärung entweder per E-Mail an die oben genannte Mailadresse oder per Post an unser Abrechnungszentrum.

Sie können die Abtretungserklärung jederzeit schriftlich oder in Textform (z. B. per E-Mail) widerrufen.

Es gilt unsere aktuelle Datenschutzerklärung, die Sie auf unserer Website finden:

Datenschutzerklärung: <https://meinhelfair.de/datenschutzerklaerung/>

Für die Bearbeitung der Daten gilt die jeweils gültige Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Eine Weitergabe Ihrer persönlichen Daten an Dritte ist ausgeschlossen.

Mit freundlichen Grüßen

Mein Helfair H. Burget u. M. König GbR



Marvin Schellinger
Leitung Finanz- und Rechtswesen

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