

## Abtretungserklärung zur Abtretung des Leistungsanspruchs über den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI

### Angaben der Versicherten Person:

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Pflege-/Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erteile ich die Abtretung des Leistungsanspruchs der „*haushaltsnahen Dienstleistungen*“ über den Entlastungsbetrag und gebe mein Einverständnis, dass die

SMB Multiservices UG  
(haftungsbeschränkt)  
Bischofstr. 18  
D-01877 Bischofswerda  
IK 461434745

den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI direkt mit Ihnen als Pflegekasse darf.

Die Abtretungserklärung ist bis zu meinem Widerruf gültig.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Pflegebedürftige Person / bevollmächtigte Person