

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