

DBV Deutsche Beamtenversicherung  
Krankenversicherung  
65172 Wiesbaden

Absender:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nummer:

\_\_\_\_\_

## Beleg zur Kostenerstattung bei einer Verhinderungspflege durch Privatpersonen

1. Verhinderungspflege in der Zeit:

von

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

bis

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

2. Nachweis der entstandenen Aufwendungen:

Ich bestätige hiermit, von Frau/Herrn \_\_\_\_\_ für geleistete Verhinderungspflege einen Gesamtbetrag in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR erhalten zu haben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Privatperson(en)

## Beleg zur Kostenerstattung durch Verwandte/Verschwägerte

1. Fahrtkosten:

mit einem öffentlichen Verkehrsmittel  
(bitte Nachweis beifügen)

mit dem Privat-PKW

Fahrt(en) von \_\_\_\_\_

nach \_\_\_\_\_

km/insgesamt \_\_\_\_\_

Anzahl der Fahrten \_\_\_\_\_

2. Nettoverdienstausschlag:

Ja (bitte Nachweis vom Arbeitgeber beifügen)

Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Verwandten/Verschwägerten

**Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten  
bzw. gesetzlichen Betreuers oder Bevollmächtigten

