

ABTRETUNGSERKLÄRUNG

Direktabrechnung von wohnumfeldverbessernden
Maßnahmen (§ 40 Abs. 4 SGB XI)



Hinweis für den Versicherten: Mit dieser Erklärung erlauben Sie der Pflegekasse, die Kosten für Ihren barrierefreien Umzug direkt mit dem ausführenden Umzugsunternehmen abzurechnen. Sie müssen dadurch (bis zur Höhe des bewilligten Zuschusses von max. 4.180 €) nicht in Vorleistung treten.

1. ANGABEN ZUM/ZUR VERSICHERTEN (ABTRETENDE/R)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Pflegekasse:

Versicherten-Nr.:

Alte Anschrift:

Neue Anschrift:

2. ANGABEN ZUM LEISTUNGSERBRINGER (ABTRETUNGSEMPFÄNGER)

Unternehmen: **Umzugsunion (U1) UG (umzug-mit-pflegegrad.de)**

Straße, Hausnr.: **Im Mediapark 5**

PLZ, Ort: **50670 Köln**

Zahlungsempfänger: **Umzugsunion (U1) UG**

IBAN: **DE05 3705 0198 1958 2575 68**

BIC: **COLSDE33XXX**

3. ERKLÄRUNG ÜBER DIE ABTRETUNG DES ERSTATTUNGSANSPRUCHS

Ich trete hiermit meinen Anspruch auf Kostenerstattung für die Durchführung des Umzugs als wohnumfeldverbessernde Maßnahme (§ 40 Abs. 4 SGB XI) bis zur vollständigen Bezahlung der erbrachten Leistungen unwiderruflich an den oben genannten Leistungserbringer ab (maximal bis zur Höhe des von der Pflegekasse bewilligten Zuschusses von bis zu 4.180,00 EUR).

Die Pflegekasse wird angewiesen, den bewilligten Betrag nach Abschluss des Umzugs und Einreichung der Rechnung direkt auf das oben genannte Bankkonto des Leistungserbringers zu überweisen.

Wichtiger Hinweis zur Zahlungspflicht (Ausfallhaftung): Sollte die Pflegekasse die Kostenübernahme ganz oder teilweise ablehnen, die Bewilligung nachträglich zurückziehen oder den Betrag aus anderen Gründen nicht an das Umzugsunternehmen auszahlen, bleibt der Versicherte (Kunde) vertraglich voll in der Pflicht. In diesem Fall ist der Rechnungsbetrag für die erbrachten Leistungen vom Versicherten selbst direkt an den Leistungserbringer zu zahlen.

4. KOMMUNIKATIONSVOLLMACHT & DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG

Ich willige ausdrücklich ein, dass der oben genannte Leistungserbringer die für die Prüfung und Abrechnung erforderlichen personenbezogenen Daten, Antragsdaten sowie Angaben zum Pflegegrad an die zuständige Pflegekasse übermitteln darf (gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b und Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO).

Kommunikations- und Vertretungsvollmacht: Ich bevollmächtige den Leistungserbringer hiermit ausdrücklich, mich im Rahmen des Abrechnungsverfahrens vollumfänglich gegenüber der Pflegekasse zu vertreten. Dies umfasst das Recht, den Schriftwechsel zu führen, Unklarheiten eigenständig zu klären sowie Auskünfte zum aktuellen Bearbeitungs-, Bewilligungs- und Zahlungsstatus des Erstattungsantrags einzuholen. Die Pflegekasse wird angewiesen, jegliche Korrespondenz bezüglich der Abrechnung dieser Maßnahme direkt mit dem Leistungserbringer zu führen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten / gesetzl. Vertreters