

## 1. Versicherte bzw. anspruchsberechtigte Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

Pflegegrad

Anschrift

Telefon/E-Mail

Kranken-/Pflegeversichertennummer

Zuständige Pflegekasse

## 2. Maßnahme und Bewilligung

Anschrift der Wohnung / Ort der Maßnahme

Bezeichnung der wohnumfeldverbessernden Maßnahme

Angebots-/Auftragsnummer

Bewilligungsbescheid vom

Akten-/Geschäftszeichen

Bewilligter Höchstbetrag in EUR

Rechnungsnummer

Rechnungsdatum

Rechnungsbetrag in EUR

☐ Bewilligungsbescheid liegt bei☐ Bewilligungsbescheid wird nachgereicht

## 3. Leistungserbringer / Abtretungsempfänger

### Möbel-Service-Transport Elmar Kraus e.K.

Weidenweg 5 · 04249 Leipzig · Telefon 0341 477 10 63

Zahlung auf das in der Rechnung angegebene Geschäftskonto

info@moebel-service-kraus.de · www.moebel-service-kraus.de

## 4. Abtretung

Hiermit trete ich meinen gegen die oben bezeichnete Pflegekasse bestehenden oder künftig entstehenden Anspruch auf Auszahlung eines Zuschusses beziehungsweise auf Kostenerstattung für die unter Ziffer 2 bezeichnete wohnumfeldverbessernde Maßnahme nach § 40 Abs. 4 SGB XI an Möbel-Service-Transport Elmar Kraus e.K. ab. Die Abtretung gilt nur, soweit sie gesetzlich zulässig ist und von der Pflegekasse anerkannt wird.

Die Abtretung ist auf den tatsächlich bewilligten und nach ordnungsgemäßer Leistungserbringung fälligen Rechnungsbetrag begrenzt. Maßgeblich ist der jeweils niedrigere Betrag aus bewilligtem Zuschuss und offener Rechnung; höchstens werden abgetreten:

EUR

Nicht bewilligte, nicht erstattungsfähige oder den Zuschuss übersteigende Beträge bleiben von der Abtretung unberührt und sind von der auftraggebenden Person nach Maßgabe des Auftrags und der Rechnung selbst zu zahlen.

### 5. Zahlungsanweisung

Ich weise die zuständige Pflegekasse an, den aufgrund der bewilligten Maßnahme fälligen Betrag unmittelbar an Möbel-Service-Transport Elmar Kraus e.K. auf das in der zugehörigen Rechnung angegebene Geschäftskonto zu zahlen. Kann oder will die Pflegekasse die Abtretung nicht anerkennen, gilt diese Erklärung hilfsweise als Zahlungsanweisung, soweit die Pflegekasse eine solche akzeptiert.

☐ Ich bitte ausdrücklich um direkte Auszahlung an den Leistungserbringer.

### 6. Abrechnung und Kommunikation

☐ Angebot, Auftrag, Rechnung und Leistungsnachweise dürfen zur Abrechnung übermittelt werden.

☐ Der Leistungserbringer darf abrechnungsbezogene Rückfragen mit der Pflegekasse klären.

☐ Die Pflegekasse darf Auskunft über Bewilligung, Zahlungsstatus und erforderliche Unterlagen erteilen.

☐ Eine Kopie des Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheids darf dem Leistungserbringer übermittelt werden.

Die vorstehenden Befugnisse sind auf die Prüfung und Abrechnung der bezeichneten Maßnahme beschränkt. Sie erlauben keine Einsicht in andere Behandlungs-, Pflege- oder Leistungsdaten.

### 7. Geltungsdauer und Rückzahlung

Die Abtretung endet mit vollständiger Abrechnung der bezeichneten Maßnahme. Überzahlungen, Doppelzahlungen oder Zahlungen ohne Rechtsgrund sind nach Klärung an die berechnete Stelle zurückzuzahlen. Änderungen des Bewilligungsumfangs und bereits erhaltene Zahlungen teile ich dem Leistungserbringer unverzüglich mit.

Bereits erhaltene Zahlungen/Zuschüsse zur Maßnahme

Weitere Hinweise

### 8. Anlagen

☐ Bewilligungsbescheid

☐ Angebot/Auftrag

☐ Rechnung

☐ Leistungsnachweis

Weitere Anlagen

### 9. Erklärungen und Unterschriften

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben und erteile die Abtretung sowie Zahlungsanweisung freiwillig. Mir ist bekannt, dass die Pflegekasse ihre Bewilligungs- und Prüfentscheidung eigenständig trifft und eine Direktzahlung von ihren Verfahrensregeln abhängig sein kann.

Ort, Datum

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift anspruchsberechtigte Person / Vertretung

\_\_\_\_\_  
Annahme der Abtretung durch den Leistungserbringer