



AMBULANTE PFLEGE
BARBARA DÜCKER

Barbara Dücker – Burgstraße 2 – 34286 Spangenberg

Ihr Zeichen _____ Unser Zeichen _____ Ihre Nachricht vom _____ Datum _____

Antrag auf zusätzlichen Betreuungsbetrag

Hiermit beantrage ich auf der Grundlage des § 45 b SGB XI den zusätzlichen Betreuungsbetrag.

Ich verfüge bereits über eine Pflegestufe.

Die im o.g. Gesetz vorgesehenen Voraussetzungen für die Gewährung eines zusätzlichen Betreuungsbetrages werden erfüllt.

Name: _____ **Vorname:** _____ **Vers.-Nr.:** _____

Anschrift: _____

Die Betreuung erfolgt durch:

*Ambulante Pflege
Barbara Dücker
Burgstraße 2
34286 Spangenberg*

Unterschrift: _____

für die Richtigkeit: _____