



Caritasverband
für die Stadt und den
Landkreis Augsburg e. V.

Depotstraße 5, 86199 Augsburg
E-Mail: oba@caritas-augsburg-land.de
Internet: www.der-sozialmarkt.de
Tel.: 0821 57048 -17 / -13 / -37
Fax: 0821 57048 -40

Abtretungserklärung für § 45b SGB XI **(Soziale Pflegeversicherung)**

Hiermit trete ich,

Nachname/ Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

versichert bei folgender Pflegekasse:

Name der Pflegekasse:

Versicherungs-Nummer:

Adresse der Pflegekasse:

meinen Anspruch auf den Entlastungsbetrag für „zusätzliche Entlastungs-, und
Betreuungsleistungen“ nach § 45b SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) an den

**Caritasverband für die Stadt und den Landkreis Augsburg e.V., Depotstraße 5,
86199 Augsburg für den Zeitraum vom 01.01.2024 bis 31.12.2024 ab.**

Ich ermächtige den Caritasverband für die Stadt und den Landkreis Augsburg
e.V. direkt mit der oben genannten Pflegekasse abzurechnen.

Ort, Datum

Unterschrift Kunde/ Kundin/ gesetzlicher Vertreter/ Vertreterin