



**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 § 39 SGB XI Verhinderungspflege**  
**(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 „Verhinderungspflege“ nach

§ 39 SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) an den

**Caritasverband für die Stadt und den Landkreis Augsburg e.V., Depotstraße 5,  
86199 Augsburg für den Zeitraum vom 01.01.2025 bis 35 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