

Bitte bei Ihrer zuständigen Pflegeversicherung einreichen.

| <b>Erklärung zur Erfüllung der Registrierungsvoraussetzungen<br/>für Nachbarschaftshilfe<br/>gemäß der Thüringer Verordnung über die Anerkennung und Förderung von Angeboten<br/>zur Unterstützung von Pflegebedürftigen im Alltag (ThürAUPAVO) vom 7. März 2023</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Name                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Geburtsdatum        |
| Vorname                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |
| Anschrift                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |
| pflegeversichert bei                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Versicherungsnummer |
| Telefonnummer*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |
| Ich erkläre, dass ich gem. § 8 Abs. 3 Nr. 6 ThürAUPAVO gegen Schäden, die ich im Rahmen meiner Tätigkeit verursachen oder erleiden kann, im Umfang der gesetzlichen / üblichen Deckungssummen versichert bin.<br><br>Es ist vor Tätigkeitsaufnahme mit einem Versicherungsunternehmen der Versicherungsschutz für diese Tätigkeit verbindlich abzuklären.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |
| Ich habe einen von den Pflegekassen für die Nachbarschaftshilfe in Thüringen anerkannten Kurs absolviert.<br><br><input type="checkbox"/> ja, am ..... <input type="checkbox"/> nein<br><br>Kursanbieter: .....<br><i>Bestätigung des Kursanbieters über die Kursteilnahme bitte beifügen</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |
| Ich erkläre darüber hinaus, dass ich folgende Voraussetzungen für die Anerkennung in der Nachbarschaftshilfe gemäß ThürAUPAVO während meiner Tätigkeit einhalte: <ul style="list-style-type: none"><li>• ich bin nicht gesetzliche Betreuerin bzw. Betreuer der zu betreuenden Person,</li><li>• ich lebe nicht in häuslicher Gemeinschaft mit der zu betreuenden Person,</li><li>• ich bin nicht als Pflegeperson i.S.v. § 19 SGB XI bei der zu betreuenden Person tätig,</li><li>• ich bin nicht mit der zu betreuenden Person bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert,</li><li>• ich bin maximal 40 Stunden pro Kalendermonat für entlastende Tätigkeiten im Einsatz,</li><li>• die gewährte Aufwandsentschädigung überschreitet 10 € je Stunde nicht.</li></ul> |                     |
| Ich bestätige hiermit die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.<br><br>.....<br>Ort, Datum <span style="float: right;">.....<br/>Unterschrift der nachbarschaftshelfenden Person</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |

\* freiwillige Angabe

**Hinweis zum Datenschutz:**

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) zum Zweck der Bearbeitung Ihres Antrags für die Erbringung von Pflegeleistungen nach § 45 b SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen § nach 45 b SGB XI führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie bei Ihrer zuständigen Pflegekasse.