

Pflegebedürftige Person		Zuständige Pflegekasse	
Name Vorname	Name / Bezeichnung		
Straße - Hausnummer	Straße – Hausnummer		
Plz – Ort	Plz – Ort		
Geburtsdatum	Versicherungsnummer		
Telefon / eMail	Pflegegrad	Bescheid vom	

Nachbarschaftshelfer*in			
Name Vorname	Geburtsdatum		
Straße - Hausnummer	Plz – Ort		
Die Nachbarschaftshelferin ... / Der Nachbarschaftshelfer ...			
1.	<input type="checkbox"/>	übernimmt die Unterstützung ehrenamtlich. (Maximal für 2 Pflegebedürftige)	
2.	<input type="checkbox"/>	ist nicht bis zum 2. Grad mit der pflegebedürftigen Person verwandt oder verschwägert.	
3.	<input type="checkbox"/>	lebt nicht mit der pflegebedürftigen Person in einer häuslichen Gemeinschaft.	
4.	<input type="checkbox"/>	ist nicht gleichzeitig Pflegeperson der pflegebedürftigen Person.	
5.	a)	<input type="radio"/>	verfügt über eine geeignete Qualifizierung im Umfang eines Pflegekurses ² oder Ausbildung zur Pflegefachkraft ³ und fügt entsprechende Nachweise bei.
	oder		
	b)	<input type="radio"/>	bestätigt, dass sie das Informationsangebot der Regionalbüros, Alter, Pflege und Demenz ⁴ bzw. die in diesem Zusammenhang in Kooperation mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Landes Nordrhein-Westfalens ⁵ erstellte Informationsbroschüre zur Nachbarschaftshilfe kennt.
6.	<input type="checkbox"/>	erteilt zur Überprüfung der Angaben gegenüber der Pflegekasse ihre Einwilligung zum Datenabgleich mit anderen Pflegekassen.	
7.	<input type="checkbox"/>	beantragt hiermit die Anerkennung als Nachbarschaftshelfer*in.	

Schlusszeichnung	
Anmerkungen (z.B. Anlagen, Nachweise)	
Pflegebedürftige Person	Nachbarschaftshelfer*in
Ort – Datum	Ort – Datum
Unterschrift	Unterschrift

¹ § 45b SGB XI

² § 45 SGB XI

³ z.B. Kranken- oder Altenpflege

⁴ Nachbarschaftshilfe NRW

⁵ Vereinfachung Nachbarschaftshilfe NRW