

Monatliche Bestätigung für die Inanspruchnahme des Eigenanteils

Sehr geehrte Familien,

Sie haben die Möglichkeit die Betreuungsleistungen über einen Eigenanteil von 3€ pro Stunde in Anspruch zu nehmen, sofern Ihnen keine Leistungen der Pflegekasse zur Verfügung stehen.

Haben Sie Ihre zugesprochenen Leistungen der Pflegekasse (Entlastungsbetrag § 45 b oder Verhinderungspflege § 39) für den jeweiligen Monat bereits vollständig ausgeschöpft, können Sie ebenfalls den Eigenanteil von 3 € pro Stunde in Anspruch nehmen.

Sollten Sie mehr als 15 Stunden monatlich über Eigenanteil abrechnen wollen, bitten wir Sie, dies mit der FeD-Fachkraft abzusprechen, da das mögliche Stundenkontingent über Eigenanteil begrenzt ist.

Gültig für den Monat: _____

Hiermit bestätige ich, dass ich die Leistungen der Pflegekasse für oben genannten Monat bereits ausgeschöpft habe oder keine Leistungen der Pflegekasse zur Verfügung stehen.

Ort, Datum _____

Name, Vorname _____

(Druckbuchstaben)

Unterschrift _____

Die Bestätigung ist bis zum 3. Werktag des Folgemonats per Mail an info@autkom-obb.de oder Fax an 089/452258719 oder per Post an Autismuskompetenzzentrum Oberbayern gGmbH, FeD, Zamdorfer Straße 100 in 81677 München zu senden.