

Datum:

## Abtretungserklärung

Hiermit gebe/n ich / wir

---

Name/n Vorname/n, genaue Anschrift

mein / unser Einverständnis, dass eine direkte Abrechnung des/der

- Entlastungsbetrages SGB XI § 45b**
- Verhinderungspflege SGB XI § 39**

meines / unseres Betreuten:

---

Name Vorname, Geburtsdatum, Versicherungsnummer bei der Krankenkasse

Genaue Anschrift der Krankenkasse:

---

mit der

Lebenshilfe Westerwald e.V.  
Zehntgrafstr. 16 in 56462 Höhn

erfolgen soll.

.....  
Unterschrift des Angehörigen