



## Abrechnungsart 3:

### Abtretungserklärung des Entlastungsbetrages

### Weihnachtsferien 2027

Zur direkten Abrechnung der anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag mit der Krankenkasse bitte Folgendes angeben:

|                                                       |  |
|-------------------------------------------------------|--|
| Name der Kranken- bzw. Pflegekasse                    |  |
| Anschrift der Kranken- bzw. Pflegekasse               |  |
| Name des Kindes                                       |  |
| Versicherungsnummer des Kindes                        |  |
| Pflegegrad                                            |  |
| Tel. der Krankenkasse                                 |  |
| Geburtsdatum des Kindes                               |  |
| Ansprechpartner bei der Krankenkasse (sofern bekannt) |  |
| Telefonnummer Krankenkasse/Amt                        |  |
| E-Mail-Adresse Krankenkasse/Amt                       |  |

Hiermit ermächtige ich den Verein „Die Königskinder e.V.“, die Kosten in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR (Anzahl der Tage x Tagessatz für die entsprechende Hilfebedarfsgruppe) mit meiner Krankenkasse nach § 45b des Sozialgesetzbuches abzurechnen.

Ort, Datum, Unterschrift