

---

**Anschrift Krankenkasse:**

**Antrag auf zusätzlichen Betreuungsbetrag gem. § 45 b SGB XI**

**Name Versicherter:**

**Versicherungsnummer:**

**Geburtsdatum:**

**Anschrift Versicherter:**

Sehr geehrte Damen und Herren,

für mich ist ein erheblicher und dauerhafter Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung im Sinne des § 45 a SGB XI erforderlich.

Daher beantrage ich hiermit gem. § 45 b Abs. 1 SGB XI diese zusätzlichen Mittel und bitte Sie schnellstmöglich um Bestätigung, dass der zusätzliche Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 2400,- € pro Jahr gem. § 45 b SGB XI für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen zur Verfügung steht!

**Ort, Datum, Unterschrift (Versicherter oder gesetzlicher Vertreter):**