

BPV ambulante Pflege GmbH

Poststr. 25
65191 Wiesbaden

■ **Abtretungserklärung**

Hiermit trete ich:

Name: _____ ,

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ/ Ort:

meinen Anspruch auf einen monatlichen zusätzlichen Betreuungsbetrag gem. § 45 b SGB XI
in Höhe von _____ € für in Anspruch genommene zusätzliche Betreuungsleistungen

unwiderruflich / unter dem Vorbehalt des schriftlichen Widerrufs an:

BPV ambulante Pflege GmbH

460646259

Poststr. 25

65191 Wiesbaden

ab.

Ort, Datum / Unterschrift ()

Hiermit nehme ich die Abtretung an:

Ort, Datum / Unterschrift (BPV ambulante Pflege GmbH)