

CURACAT TEST GMBH

Im Gahnerb 3, 76756 Bellheim



{Datum}

{ANREDE} {VORNAME} {NACHNAME}

{STRASSE} {HAUSNUMMER}

{PLZ} {ORT}

Sehr geehrte(r) {ANREDE} {NACHNAME},

Um eine reibungslose und effiziente Abwicklung unserer Dienstleistungen zu gewährleisten, ist es wichtig, dass wir über die finanziellen Rahmenbedingungen im Klaren sind. Viele unserer Leistungen werden nicht direkt von unseren Kunden bezahlt, sondern können teilweise oder vollständig von den Krankenkassen übernommen werden. Dafür stehen verschiedene Budgets zur Verfügung, die je nach individueller Situation in Anspruch genommen werden können.

Wir bitten Sie daher, sich mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung zu setzen, um zu klären, welche Budgets Ihnen zur Verfügung stehen. Bitte tragen Sie die Ihnen zur Verfügung stehenden Budgets in der Folgenden Liste ein und vermerken zusätzlich, wie viel davon Sie uns davon für unsere Dienstleistungen zur Verfügung stellen wollen. Im Anschluss übermitteln Sie uns bitte dieses von Ihnen unterschriebene Formular.

Entlastungsbeitrag: _____ davon stelle ich zur Verfügung: _____

Verhinderungspflegebudget: _____ davon stelle ich zur Verfügung: _____

Pflegegeld: _____ davon stelle ich zur Verfügung: _____

Hinweis: Fragen Sie bitte bei den Krankenkassen auch nach der letzten Rechnung, die diese bezahlt haben!

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und die Bereitstellung der genannten Beträge für die Dienstleistungen von CURACAT TEST GMBH.

Unterschrift

Datum

Vielen Dank für Ihre Kooperation und Unterstützung. Sollten Sie Fragen haben oder Hilfe benötigen, stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.