

**Glaubhaftmachung des Anspruchs gegenüber der Stadt Albstadt
auf Erstattung von Aufwendungen für die Pflege oder Betreuung eines
Angehörigen während einer ehrenamtlichen Tätigkeit**

1. **Name, Vorname und Adresse des/der ehrenamtlich Tätigen**

2. **Art der ehrenamtlichen Tätigkeit**

3. **Name, Vorname und Adresse des/der pflege- oder betreuungsbedürftigen Angehörigen**

4. **Verhältnis zum/zur Angehörigen, welches die Pflege oder Betreuung begründet**

5. Bestätigungen

Ich bestätige,

- a) dass ich den/die oben benannte(n) Angehörige(n) regelmäßig pflege oder betreue,
- b) dass keine andere Person die Pflege oder Betreuung ohne Entgelt übernimmt,
- c) dass mir aufgrund meiner ehrenamtlichen Tätigkeit Aufwendungen für die entgeltliche Pflege oder Betreuung des/der oben benannten Angehörigen während der Ausübung meiner ehrenamtlichen Tätigkeit entstehen und
- d) dass es sich bei der entgeltlich beschäftigten Person, die während meiner ehrenamtlichen Tätigkeit den/die oben benannte(n) Angehörige(n) pflegt bzw. betreut, nicht um eine gegenüber dem/der Angehörigen dem Grunde nach unterhaltspflichtige Person handelt.

6. Tag der ehrenamtlichen Tätigkeit / Geltungsdauer

Diese Erklärung gilt für die ehrenamtliche Tätigkeit am _____ / ab _____ bis auf weiteres.

7. Entstandene Aufwendungen

Mir sind Aufwendungen in Höhe von _____ Euro entstanden.

8. Verpflichtung

Ich verpflichte mich, die Stadt Albstadt über Änderungen in dem oben genannten Verhältnissen unverzüglich zu unterrichten.

Ort, Datum

Unterschrift
