

**Vertrag über Betreuungsleistungen im Rahmen der
Verhinderungspflege nach §39 SGB XI**

zwischen

Förderverein „Wi helpt“ e. V. Seniorenhilfe Kehdingen

Stader Str. 175, 21737 Wischhafen

Tel.: 04770 333 59 34

und

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Pflegegrad: I II III IV V bitte ankreuzen

Anschrift: _____

Telefon: _____

Ansprechpartner: _____

wird dieser Vertrag über folgende Dienstleistungen abgeschlossen:

1. Der Auftraggeber überträgt dem **Förderverein „Wi helpt“ e. V.** die Durchführung folgender Dienstleistungen:

Gesellschaft
Begleitung zum Arzt
Einkaufshilfe
Stundenweise Betreuung des Pflegebedürftigen

2. Diese Leistungen können einzeln nach vorheriger Terminabsprache angefordert werden.
3. Die Kosten belaufen sich auf **20,00€ pro Std.** zuzüglich angefallener Kilometerpauschale von **0,50€ pro gefahrenem KM.**
4. Die Kosten können mit der Pflegekasse abgerechnet werden. Hierfür benötigen wir beiliegende Abtretungserklärung. Ohne Abtretungserklärung sind die Kosten vom Auftraggeber zu übernehmen und diese dann ggf. selbst mit der Pflegekasse abzurechnen.

5. Haftung: Für Schäden die nachweislich der Mitarbeiter zu vertreten hat haftet dessen Haftpflichtversicherung bzw. die Haftpflichtversicherung des Vereins.

Bei Verletzung von Leben, Körper und Gesundheit gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

6. Das Vertragsverhältnis gilt vom _____ auf unbegrenzte Zeit.

7. Der Vertrag kann jederzeit mit einer Frist von einem Monat beidseitig gekündigt werden.

8. Mitglieder des Förderverein „Wi helpt“ e.V. werden bevorzugt behandelt.

9. Dieser Vertrag enthält alle getroffenen Vereinbarungen. Zukünftige Änderungen, Nebenabreden, Ergänzungen sowie die Aufhebung des Vertrages bedürfen der Schriftform.

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, wird dadurch die Wirksamkeit des übrigen Vertrages nicht berührt. Für den Fall der Unwirksamkeit einer Vertragsbestimmung verpflichten sich beide Seiten dazu eine Neuregelung zu vereinbaren.

Der Auftraggeber ist verpflichtet, sämtliche Veränderungen der persönlichen Verhältnisse wie Anschrift, Krankenversicherung oder Pflegebedürftigkeit/Pflegegrad dem Auftragnehmer unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Auftraggeber: _____

Unterschrift Auftragnehmer: _____

Dieser Vertrag wird in zweifacher Ausfertigung ausgefüllt. Jede Partei erhält eine Ausfertigung