

Name, Vorname:  
Straße, Nr. :  
PLZ, Wohnort:

Landkreis Dahme-Spreewald  
Sozialamt  
Frau A. Klinkmüller  
Beethovenweg 14  
15907 Lübben

**Antrag auf Kostenübernahme**

Hiermit bitte ich um die Kostenübernahme für die häusliche Pflege nach § 64 b Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII). Die Leistungen der Pflegekasse reichen bei optimaler Pflegeversorgung nicht aus.

**Vollmacht**

Hiermit ermächtige ich die Pflegeinstitution

---

die erbrachten Leistungen, die über das Maß der Pflegekasse hinaus erforderlich sind, direkt beim Landkreis Dahme-Spreewald, Sozialamt, Beethovenweg 14, 15907 Lübben auf der Grundlage des SGB XII abzurechnen.

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_