BMAB
BUNDESVERBAND FÜR MENSCHEN
MIT ARM- ODER BEINAMPUTATION e.V.

BMAB peer

Antrag auf Aufwandsentschädigung im Rahmen des Peer-Besuchsprogramms

Ich habe als Peer den Patienten _____

am _____ **in der Klinik** _____

besucht und beantrage die Aufwandsentschädigung gemäß Peer-Entschädigungsordnung.

Ich bestätige, dass bei diesem Patienten die Anspruchsvoraussetzungen für einen Peerbesuch vorliegen. Das vom Patienten unterschriebene Formular „Patienteninfo und Einverständniserklärung“ sowie die Besuchsbestätigung liegen diesem Antrag bei.

Ich bestätige ferner, dass ich im Zusammenhang mit diesem Peerbesuch von keinem anderen Kostenträger (z.B. Selbsthilfegruppe, Krankenhaus, Krankenkasse, Berufsgenossenschaft, Patient) irgendwelche Zuwendungen erhalten habe.

❑ Ich erkläre hiermit, dass ich auf die Auszahlung des fälligen Betrags rechtsverbindlich verzichte und dass diese Leistung freiwillig dem Bundesverband als Spende für satzungsmäßige Zwecke zur Verfügung gestellt wird.

_____ _____

Ort, Datum **Unterschrift Peer**

Vorname und Name _____

Straße mit Hausnummer _____

PLZ und Ort _____

BMAB-Mitgliedsnummer _____

Falls Überweisung gewünscht:

IBAN | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ | **BIC** _____

Bankname, Bankort _____

Bitte senden Sie diesen Antrag mit den notwendigen Anlagen an abrechnung@peerna.de

20240201/2.10

Bitte verzichten Sie darauf, dieses Formular lokal abzuspeichern, sondern verwenden Sie immer die neueste Version dieses Formulars, erhältlich unter https://peerna.de.