

YPFF(1)-Antragsformular: Fahrt-, Verpflegungs- und/oder Unterkunftskosten für Familien mit Babys, Kindern oder Jugendlichen unter 18 Jahren, die stationär im Krankenhaus behandelt werden

Der *Young Patients Family Fund* (YPFF) ist ein Fonds der schottischen Regierung, der Eltern/ Hauptbetreuer und begleitende Geschwister unter 18 Jahren bei den Kosten unterstützen soll, die mit dem Besuch eines Patienten unter 18 Jahren im Krankenhaus verbunden sind.

Welche Kosten sind erstattungsfähig?

- **Fahrtkosten:** Kosten für öffentliche Verkehrsmittel werden gegen Quittungsvorlage voll erstattet, für bis zu eine Hin- und Rückfahrt pro Tag für jeden Antragsteller und begleitende Geschwister unter 18. Nur Fahrten in der 2. Klasse sind erstattungsfähig. Taxifahrten werden nur unter bestimmten Umständen erstattet, z. B. bei Fehlen öffentlicher Verkehrsmittel oder schlechter Gesundheit eines Besuchers. Taxifahrten müssen vor Fahrtantritt vom klinischen Personal genehmigt werden. Kraftstoffkosten werden anteilig zum geltenden Meilensatz* pro Meile erstattet, für bis zu eine Hin- und Rückfahrt pro Tag für jeden Antragsteller, wenn die Antragsteller am selben Tag in getrennten Autos zur Klinik fahren. Wenn alle zusammen fahren, darf nur eine Hin- und Rückfahrt beantragt werden.
- **Verpflegung:** Es wird ein Kostenbeitrag zu Essen und alkoholfreien Getränken von bis zu 8,50 £ pro Tag pro berechtigtem Besucher erstattet. Die Verpflegung darf außerhalb des Klinikgeländes gekauft werden.
- **Parken:** Parkgebühren werden gegen Quittungsvorlage voll erstattet.
- **Unterkunft:** Im außergewöhnlichen Fall, wenn keine Klinikunterkunft verfügbar ist, wird ein Beitrag zu angemessenen Übernachtungskosten geleistet.

* Der Erstattungssatz beruht auf der Kraftstoffpauschale der Regierung, die hier abrufbar ist:
<https://www.gov.uk/government/publications/advisory-fuel-rates>.

Antragstellung

Das YPFF(1)-Formular ist angehängt. Weitere Formulare sind auf Station, bei den Zahlstellen oder als Download verfügbar. Das Formular muss vom Antragsteller ausgefüllt, unterschrieben und wie darin dargelegt autorisiert werden. Hierzu gehört die Bestätigung durch eine medizinische Fachkraft, die Ihr Kind betreut (hat). Der Antrag kann für jede Person einzeln gestellt werden oder für alle Besucher zusammen auf nur einem Formular. Beispiel: Eine Mutter kann das Formular für sich, den Vater und die Geschwister des jungen Patienten ausfüllen.

Anträge können nach und nach während des noch andauernden Krankenhausaufenthalts (z. B. wöchentlich) eingereicht werden oder als Ganzes für den gesamten Aufenthalt, nach der Entlassung von der behandelnden Station.

Anträge müssen innerhalb von drei Monaten nach der Entlassung des jungen Patienten eingereicht werden. Später gestellte Anträge werden nur unter sehr außergewöhnlichen Umständen anerkannt.

Die fertig ausgefüllten Formulare sind bei der Zahlstelle der behandelnden Klinik zur Erstattung einzureichen.

Die kompletten Bedingungen sind abrufbar unter:

<https://www.mygov.scot/young-patients-family-fund-terms-conditions>



YPFF(1)-ANTRAGSFORMULAR

TEIL 1: PERSÖNLICHE ANGABEN: VOM ANTRAGSTELLER AUSZUFÜLLEN

PATIENT: NAME (bei einem noch namenlosen Baby den Nachnamen eintragen)

PATIENT: ALTER BEI AUFNAHME:

PATIENT: GEBURTSDATUM:

WENN EIN BABY AUF EINER
NEUGEBORENEENSTATION BESUCHT WURDE,
BITTE HIER EIN HÄKCHEN SETZEN:

ANTRAGSTELLER: NAME:

ANSCHRIFT:

PLZ:

Telefonnummer:

BEZIEHUNG ZUM PATIENTEN: Eltern/Hauptbetreuer Geschwister unter 18 Anzahl

(Bei Antragstellung für mehrere Besucher bitte alle zutreffenden Beziehungen markieren und die Gesamtzahl der antragsberechtigten Personen angeben)

BANKVERBINDUNG (nur ausfüllen, wenn eine Überweisung gewünscht und diese Zahlweise von der Klinik angeboten wird)

KONTOINHABER: NAME(N):

NAME DES KREDITINSTITUTS:

BANKLEITZAHL:

KONTONUMMER:

TEIL 2: BEHANDLUNGSDATEN: VOM ANTRAGSTELLER AUSZUFÜLLEN

BEHANDELNDE KLINIK:

STATIONSNAME/-NR.:

BEHANDELNDER ARZT (sofern zutreffend):

Aufnahme: Datum:

Aufnahme: Uhrzeit:

Entlassung: Datum:
(sofern zutreffend)

Entlassung: Uhrzeit:
(sofern zutreffend)

TEIL 3: BESTÄTIGUNG: VOM KLINIKPERSONAL AUSZUFÜLLEN

Ich bestätige, dass der o. g. Patient in der o. g. Zeit stationär in dieser Klinik behandelt wird/wurde:

Unterschrift:

Name (Druckbuchstaben):

Position:

Datum: Unterschrift eines befugten
Klinikmitarbeiters:

TEIL 5: ERKLÄRUNG UND UNTERSCHRIFT VOM ANTRAGSTELLER

Ich bestätige, dass ich die „Reise- und Verpflegungsregeln“ und die für diesen Antrag geltenden Bedingungen gelesen und verstanden habe. Ich versichere, dass mein Antrag diesen Regeln und Bedingungen entspricht. Ich bestätige, dass ich ein Elternteil/Hauptbetreuer oder ein Geschwister unter 18 Jahren eines jungen Patienten bin, der stationär im Krankenhaus behandelt wurde/wird, und ich erkläre, dass die von mir auf diesem Formular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und dass ich für die hier aufgeführten Kosten nirgendwo sonst eine Erstattung beantragt habe.

Mir ist bekannt, dass wissentliche Falschangaben für mich rechtliche Konsequenzen haben können, einschließlich Strafverfolgung und ziviler Schadensersatzansprüche. Ich willige ein, dass Angaben aus diesem Formular an und von NHS Scotland und dem Betrugsdezernat zur Antragsprüfung und zur Untersuchung, Verhinderung, Aufdeckung und strafrechtlichen Verfolgung von Betrugsfällen offengelegt werden.

Unterschrift:

Datum:

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

ANTRÄGE MÜSSEN INNERHALB VON 3 MONATEN NACH DER ENTLASSUNG AUS DER KLINIK BEI DER ZAHLSTELLE DER BEHANDELNDEN KLINIK EINGEREICHT WERDEN.

TEIL 6: NUR FÜR INTERNE ZWECKE

Ich habe die Angaben dieses Antrags geprüft und bewillige hiermit eine Zahlung von £

Unterschrift:

Position:

Datum:

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---