

Ihr Antrag auf Haushaltshilfe

Deutsche Post 

ANTWORT

SBK

Versichertennummer

Name, Vorname

Geburtsdatum

Persönliche Angaben Partner

Vorname, Name

Geburtsdatum

Familienstand

Straße, Hausnummer

Festnetznummer privat

Postleitzahl, Ort

Handynummer privat

E-Mail-Adresse

Versichertennummer

Arbeitgeber

Straße, Hausnummer Arbeitgeber

Krankenkasse

Postleitzahl, Ort Arbeitgeber

Angaben zur Arbeitszeit

	Versicherter							Partner						
Berufstätig an folgenden Arbeitstagen und Uhrzeiten	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Bitte Arbeitstage ankreuzen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bitte Arbeitsbeginn eintragen														
Bitte Arbeitsende eintragen														

Angaben zur Haushaltshilfe

Ich beantrage Haushaltshilfe vom

 bis

 an

 Tagen in der Woche
jeweils in der Zeit von

 bis

 Uhr =

 Stunden/Tag

Grund

- ☐ Krankenhausaufenthalt von

 bis

- ☐ Kuraufenthalt von

 bis

 Kostenträger: _____
- ☐ Entbindung am

- ☐ Krankheit von

 bis

 Bitte ärztliche
Bescheinigung beifügen
- ☐ Schwangerschaftsbeschwerden von

 bis

- ☐ Ich beantrage für die Weiterführung des Haushalts durch Verwandte/Verschwägte bis zum zweiten Grad die Kostenerstattung des ☐ Verdienstaufalles und/oder der ☐ Fahrkosten

Name und Anschrift

- ☐ Ich beantrage die Kostenerstattung für Haushaltshilfe durch eine caritative Einrichtung oder einen Wohlfahrtsverband

Name und Anschrift

- ☐ Ich beantrage die Kostenerstattung in angemessener Höhe für eine selbst beschaffte Ersatzkraft.
Der Haushalt wurde/wird weitergeführt von

Name und Anschrift

- ☐ Ich beantrage die Kostenerstattung für eine anderweitige Unterbringung des Kindes/der Kinder bei

Name und Anschrift

Angaben zum Haushalt

In meinem Haushalt leben folgende Personen:

Vorname, Name (gegebenenfalls abweichender Familienname)

Geburtsdatum

Verwandtschaftsverhältnis

Krankenkasse

Schul- oder Kindergartenbesuch

von Uhr bis Uhr

Vorname, Name (gegebenenfalls abweichender Familienname)

Geburtsdatum

Verwandtschaftsverhältnis

Krankenkasse

Schul- oder Kindergartenbesuch

von Uhr bis Uhr

Vorname, Name (gegebenenfalls abweichender Familienname)

Geburtsdatum

Verwandtschaftsverhältnis

Krankenkasse

Schul- oder Kindergartenbesuch

von Uhr bis Uhr

Vorname, Name (gegebenenfalls abweichender Familienname)

Geburtsdatum

Verwandtschaftsverhältnis

Krankenkasse

Schul- oder Kindergartenbesuch

von Uhr bis Uhr

Die Haushaltshilfe ist notwendig, da keine der im Haushalt lebenden Personen den Haushalt weiterführen kann.
Der Haushalt wurde bisher ☐ von mir selbst ☐ von meinem Partner geführt.

Ihre Angaben zur Bankverbindung

Für die Überweisung an Sie liegt uns diese Bankverbindung vor:

IBAN

Stimmt diese und sollen wir hierauf die Zahlung vornehmen? ☐ Ja ☐ Nein

Falls nein: Ich möchte ab sofort alle meine Überweisungen auf folgende Bankverbindung erhalten:

Kontoinhaber

Geldinstitut

Gültig ab

IBAN

BIC



Ihre persönlichen Angaben*

Folgende Kontaktdaten liegen uns von Ihnen vor:

Festnetznummer privat

Festnetznummer geschäftlich

Handynummer privat

Handynummer geschäftlich

E-Mail-Adresse

Ihre Ergänzungen oder Änderungswünsche:

Festnetznummer privat

Festnetznummer geschäftlich

Handynummer privat

Handynummer geschäftlich

E-Mail-Adresse

Platz für Ihre Anmerkungen:

Die Daten sind für die Durchführung Ihrer Versicherung zu erheben. Hierfür ist Ihre Mitwirkung erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist der § 67 a Abs. 1 SGB X. Mehr zu den von der SBK verarbeiteten Daten erfahren Sie unter sbk.org/datenschutz oder bei Ihrem persönlichen Kundenberater.

*Die Angaben sind freiwillig und werden zum Zweck der Durchführung der Versicherung verarbeitet. Ihre Daten werden selbstverständlich geschützt und vertraulich behandelt. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Verarbeitung der Daten einverstanden. Das Einverständnis können Sie jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen per E-Mail an widerruf@sbk.org oder gegenüber Ihrem persönlichen Kundenberater widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)



Ärztliche Bescheinigung zur Gewährung von Haushaltshilfe

Deutsche Post 
ANTWORT

SBK

Versichertennummer

Name, Vorname

Geburtsdatum

Oben genannter Versicherten ist wegen folgender Erkrankung die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich:

Es liegen folgende Beeinträchtigungen aufgrund der Erkrankung vor:

Die Haushaltshilfe wird ärztlich empfohlen für

	Tage/Wochen	vom		bis	
	Stunden	täglich von		Uhr	bis Uhr

Grund:

Die Weiterführung des Haushaltes ist

☐ wegen schwerer Krankheit oder ☐ wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit

insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich und eine im Haushalt lebende Person kann den Haushalt nicht weiterführen.

Liegt Bettlägerigkeit vor? ☐ Ja ☐ Nein

Besteht Hebebelastung? ☐ Ja, bis Kilogramm ☐ Nein

Welche Gehstrecke kann bewältigt werden? Meter

Welches Ausmaß hat die Bewegungseinschränkung?

Datum

Stempel/Unterschrift behandelnder Arzt

Wir sind auf deiner Seite.

