

Antrag auf Umstellung von Pflegeleistungen

zurück an:

Deutsche Post 
ANTWORT

SBK
80227 München

.....
Versichertennummer

Name, Vorname des Versicherten

.....
Geburtsdatum

Persönliche Angaben

Straße, Hausnummer

Telefon mobil*

Postleitzahl, Ort

Telefon Festnetz*

E-Mail*

* Die Angaben sind freiwillig und werden zum Zweck der optimalen Betreuung und Beratung sowie Information über Angebote der SBK erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihre Daten werden selbstverständlich geschützt und vertraulich behandelt. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich hiermit einverstanden. Das Einverständnis können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen per E-Mail an widerruf@sbk.org widerrufen.

Ich beantrage ab dem die Umstellung meiner derzeitigen Leistung in folgende Leistung:

- Geldleistung (Unterstützung durch eine private Pflegeperson)
- Sachleistung (Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst)
- Kombination aus Geld- und Sachleistung

Ergänzend zu den beantragten Leistungen haben Sie die **Möglichkeit auf einen zusätzlichen Geldbetrag (Entlastungsbetrag) in Höhe von 125,00 €**. Dieser finanziert zum Beispiel Angebote zur Unterstützung im Alltag. Sofern Sie Kosten haben, die diese 125,00 € monatlich übersteigen, können Sie den restlichen Eigenanteil auf die Sachleistung, die Geldleistung oder die Kombination aus beidem anrechnen lassen, sofern die Leistungen nicht vollständig vom Pflegedienst verwendet werden. **Haben Sie noch Fragen dazu? Gerne berate ich Sie. Bitte rufen Sie mich an.**

- Ich beantrage die Abrechnung von zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen auf die Sachleistung, Geldleistung und die Kombination aus beidem.



Versichertennummer

Ich werde gepflegt von:

Name der Pflegeperson / des Pflegedienstes

Adresse der Pflegeperson / des Pflegedienstes

Gegebenenfalls Name und Adresse der zweiten Pflegeperson

Wenn die Pflege durch eine private Pflegeperson erfolgt, bitte zusätzlich ausfüllen:

Beginn der Pflege _____		Gegebenenfalls Ende der Pflege _____	
Seit wann besteht der Pflegeaufwand? Seit _____	Für wie viele Stunden/Minuten besteht der Pflegeaufwand? _____ Stunden/Minuten	Auf wie viele Tage in der Woche verteilt sich der Pflegeaufwand? _____ Tage	
An welchen Tagen in der Woche erfolgt die Pflege?			
<input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag			

Ort, Datum

Unterschrift Pflegebedürftiger/Bevollmächtigter