

# Antrag auf Zuschuss für Umbaumaßnahmen

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](mailto:widerruf@sbk.org) widerrufen.

## Angaben zur Umbaumaßnahme:

Welche Maßnahme(n) soll(en) durchgeführt werden?

(Bitte möglichst genau beschreiben, zum Beispiel Verbreiterung der Türen zum Bad und WC.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Erleichterungen bzw. Verbesserungen ergeben sich durch diese Maßnahme(n) für Ihre häusliche Pflege?

(Bitte möglichst genau beschreiben, welcher Bereich der Pflege sich verbessert und welche Erleichterungen die Maßnahme(n) für Ihren Alltag bringt/bringen, zum Beispiel Zugangsmöglichkeiten zum Bad und WC mit dem Rollstuhl.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

21C3229



Versichertennummer

### Kosten der Umbaumaßnahme(n)

Voraussichtliche Kosten der Maßnahme(n) \_\_\_\_\_ €

Bitte fügen Sie diesem Antrag die Kostenvoranschläge bei.

### Ich habe bereits einen Zuschuss von einer anderen Stelle erhalten

Nein       Ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €

---

Stelle, von der die Leistungen gewährt werden, zum Beispiel Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft, Unfallversicherung

### Wurde bereits ein Zuschuss von Pflegebedürftigen beantragt, die mit Ihnen gemeinsam in einer Wohnung leben?

Nein       Ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Pflegebedürftiger/Bevollmächtigter