



„Hilfe im Haushalt? Gibt's bei uns im Handumdrehen.“

Thomas Socher, SBK-Kundenberater

Starke Leistung. Ganz persönlich.



SBK-Haushaltshilfe

Ausfüllhilfe für Ihren Haushaltshilfe-Antrag von Thomas Socher, SBK-Kundenberater.

Was bedeutet Haushaltshilfe?

Ein chronisch schmerzendes Kreuz, ein gebrochener Arm oder eine andere körperliche Beeinträchtigung: Es gibt Situationen, da erscheint die Erledigung des Haushalts für kurze Zeit als große Herausforderung. Eine Haushaltshilfe kann Sie dann entlasten und sicherstellen, dass Sie sich auf das Gesundwerden konzentrieren können. Von uns erhalten Sie hierfür eine Kostenübernahme und wir unterstützen Sie bei der Suche. Damit Sie es beim Ausfüllen des Antrages leicht haben, habe ich vorab alle wichtigen Hinweise für Sie zusammengefasst.

Wann übernimmt die SBK die Kosten für Ihre Haushaltshilfe?

Die Kostenerstattung für eine Haushaltshilfe können wir Ihnen immer dann ermöglichen, wenn **keine andere im Haus lebende Person** den Haushalt führen kann.

In Ihrem Haushalt lebt mindestens ein Kind, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist?

Ist dies der Fall, kann die SBK Haushaltshilfe übernehmen, wenn:

- Sie im **Krankenhaus stationär** behandelt werden oder an einer **ambulanten oder stationären Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme** teilnehmen.
- Ihr Arzt Ihnen bescheinigt, dass Ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen **akuter schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit** nicht möglich ist. Als eine von wenigen Krankenkassen übernimmt die SBK die Kosten zeitlich unbefristet, d. h., für die gesamte Dauer Ihrer Krankheit.
- Ihr Arzt Ihnen bescheinigt, dass Ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines versicherten Angehörigen nicht möglich ist.

Wenn Sie wegen **Schwangerschaft oder Entbindung** den Haushalt nicht selbst erledigen können, kann die SBK die Haushaltshilfe auch dann übernehmen, wenn noch kein Kind in Ihrem Haushalt lebt.

Weitere Möglichkeiten für eine Haushaltshilfe:

Unabhängig von den oben genannten Voraussetzungen und auch davon, ob in Ihrem Haushalt ein Kind lebt, übernimmt die SBK auch dann Haushaltshilfe **für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen** (maximal acht Stunden täglich), wenn Sie wegen akuter, schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit den Haushalt nicht weiterführen können.

In welcher Höhe übernimmt die SBK die Kosten für eine Haushaltshilfe?

Bei einer selbst beschafften Haushaltshilfe (z. B. Freund, Nachbar) erstattet die SBK die Kosten bis zu 9,50 € pro Stunde oder 76,- € pro Tag.

Übernimmt Ihr **Ehepartner oder ein bis zum zweiten Grad Verwandter** (Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegersohn/-tochter, Ehegatte der Enkelkinder, Großeltern des Ehegatten, Schwager, Schwägerin) die Haushaltshilfe, können wir Ihnen die Kosten nicht erstatten. Hier können Sie aber die Bezahlung des nachgewiesenen **Verdienstausfalls** sowie der entstandenen **Fahrkosten** von maximal 0,20 € pro km bei Fahrt mit dem Pkw (höchstens 103,25 € pro Tag) beantragen.

Wenn die Haushaltshilfe weniger als acht Stunden am Tag genehmigt wird, erhalten Sie den Verdienstaufschlag anteilig und nicht für den ganzen Tag ausbezahlt – das heißt, entsprechend dem Umfang, in dem eine fremde Person zum Beispiel von einer Sozialstation von uns übernommen werden würde.

Für die Haushaltshilfe ist eine **Zuzahlung von 10%** der gezahlten Leistung vorgeschrieben. Der Betrag liegt bei mindestens 5,- € und höchstens 10,- € täglich. Den Gesamtbetrag stellen wir Ihnen nach Abschluss der Haushaltshilfe in Rechnung oder ziehen ihn vom Erstattungsbetrag ab.

Ausnahme: Bei Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft oder bis zur Entbindung entfällt die Zuzahlung.

Was ist außerdem wichtig?

- Die Haushaltshilfe können wir Ihnen nur für die Tätigkeiten zusagen, die durch die Krankheit nicht oder nicht mehr möglich sind.
- Wir genehmigen eine Haushaltshilfe für die Zeit, die vor der Erkrankung tatsächlich für die Hausarbeit oder Kinderbetreuung angefallen ist.
- Wir unterstützen Sie mit Haushaltshilfeleistungen für die Aufgaben, die Ihr Partner oder Ihre Kinder (ab 16 Jahren) nicht am Abend oder am Wochenende erledigen können.

Wie können wir Sie unterstützen?

Ihr SBK-Vorteil:

Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Haushaltshilfe bieten wir Ihnen immer an – auch unabhängig von Ihrem Antrag auf die Kostenübernahme einer Haushaltshilfe. Sprechen Sie einfach Ihren persönlichen Kundenberater darauf an.

Sind noch Fragen offen?

Ich hoffe, meine Hilfe konnte Ihnen das Ausfüllen ein wenig erleichtern. Sollte Ihnen noch etwas unklar sein, **steht Ihnen Ihr persönlicher Kundenberater auch gerne mit Rat und Tat zur Seite**. Seine Kontaktdaten finden Sie unter **sbk.org/kundenberater** oder in Ihrer Online-Geschäftsstelle **Meine SBK** unter **sbk.org/meine-sbk**. Oder nutzen Sie unser SBK-Kundentelefon **0800 0 725 725 0** (gebührenfrei*).

* Innerhalb Deutschlands; aus dem Ausland erreichen Sie uns telefonisch unter +49 89 444 570 90 zu den im Ausland geltenden Telefongebühren.

Ihr Antrag auf Haushaltshilfe

zurück an:

Deutsche Post 
ANTWORT

SBK
80227 München

Persönliche Angaben

Versicherter

Vorname, Name

Geburtsdatum

Familienstand

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon Festnetz

Telefon mobil

E-Mail

Versichertennummer

SBK

Krankenkasse

Arbeitgeber

Anschrift Arbeitgeber

Partner

Vorname, Name

Geburtsdatum

Familienstand

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon Festnetz

Telefon mobil

E-Mail

Versichertennummer

Krankenkasse

Arbeitgeber

Anschrift Arbeitgeber

Versicherter

Partner

Berufstätig an folgenden Arbeitstagen und Uhrzeiten:

Bitte Arbeitstage ankreuzen

Bitte Arbeitsbeginn eintragen

Bitte Arbeitsende eintragen

| | Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So | Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

Angaben zur Haushaltshilfe

Ich beantrage Haushaltshilfe von 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 die Kostenerstattung für eine anderweitige Unterbringung des Kindes/der Kinder bei _____
Name und Anschrift
- Ich beantrage die Kostenerstattung in angemessener Höhe für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft. Der Haushalt wurde/wird weitergeführt von _____
Name und Anschrift
- Ich beantrage für die Weiterführung des Haushalts durch Verwandte/Verschwägerte bis zum 2. Grad die Kostenerstattung des Verdienstausfalles und/oder der Fahrkosten _____
Name und Anschrift
- Ich beantrage die Kostenerstattung für Haushaltshilfe durch eine caritative Einrichtung oder einen Wohlfahrtsverband _____
Name und Anschrift

Angaben zum Haushalt

In meinem Haushalt leben folgende Personen:

Vorname, Name (ggf. abweichender Familienname)

.....

Geburtsdatum

Verwandtschaftsverhältnis

Vorname, Name (ggf. abweichender Familienname)

.....

Geburtsdatum

Verwandtschaftsverhältnis

Krankenkasse

Schul- oder Kindergartenbesuch

von bis

Krankenkasse

Schul- oder Kindergartenbesuch

von bis

Vorname, Name (ggf. abweichender Familienname)

.....

Geburtsdatum

Verwandtschaftsverhältnis

Vorname, Name (ggf. abweichender Familienname)

.....

Geburtsdatum

Verwandtschaftsverhältnis

Krankenkasse

Schul- oder Kindergartenbesuch

von bis

Krankenkasse

Schul- oder Kindergartenbesuch

von bis

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.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und bitte um Überweisung auf mein Konto:

Kontoinhaber

Geldinstitut

BIC

IBAN

.....

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten