

Antrag auf Verhinderungspflege

Deutsche Post 
ANTWORT

SBK
80227 München

.....
Versichertennummer

Name, Vorname des Versicherten

.....
Geburtsdatum

Persönliche Angaben des Pflegebedürftigen

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Name, Vorname der bisherigen Pflegeperson

.....
Festnetznummer, privat

.....
Handynummer, privat

E-Mail

Ich werde gepflegt seit
.....

Ich beantrage die Kostenübernahme für die Zeit vom bis

Die Verhinderungspflege ist aus folgendem Grund notwendig:

- Meine Pflegeperson ist krank.
- Meine Pflegeperson ist im Urlaub.
- Andere Gründe: _____

.....

Versichertennummer

Angaben zur Verhinderungspflege

Die Verhinderungspflege wird durchgeführt

- von einem Pflegedienst
- von einer Pflegeeinrichtung
- von einer selbst beschafften Ersatzpflegekraft

Name, Vorname der Ersatzpflegekraft/Name des Pflegedienstes/ Name der Pflegeeinrichtung

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Nur auszufüllen, wenn die Verhinderungspflege durch eine Ersatzpflegekraft erfolgt:

.....

Festnetznummer, privat* (der Ersatzpflegekraft)

E-Mail* (der Ersatzpflegekraft)

.....

Handynummer, privat* (der Ersatzpflegekraft)

Ich bin mit der selbst beschafften privaten Ersatzpflegekraft verwandt oder verschwägert?

- Nein Ja

Verwandtschaftsgrad/Beziehung**: _____

**** Verwandte bis zum zweiten Grad sind** Eltern, Kinder (einschließlich der für ehelich erklärten und angenommenen Kinder), Großeltern, Enkelkinder und Geschwister. Verschwägerte bis zum zweiten Grad sind Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder (Enkelkinder des Ehegatten), Schwiegereltern, Schwiegerkinder (Schwiegersohn/Schwiegertochter), Schwiegerenkel (Ehegatten der Enkelkinder), Großeltern der Ehegatten, Stiefgroßeltern, Schwager/Schwägerin.

Die Ersatzpflegekraft lebt mit mir in häuslicher Gemeinschaft Nein Ja

Hierbei handelt es sich um eine stundenweise Verhinderungspflege (Meine bisherige Pflegeperson ist in dem genannten Zeitraum **weniger als acht** Stunden täglich abwesend.) Nein Ja

.....

Versichertennummer

Angaben zu den Kosten

Voraussichtliche Kosten der Verhinderungspflege pro Tag in €
.....

Der jährliche Höchstanspruchsbetrag in Höhe von 1.612 € reicht nicht aus. Ich erkläre mich einverstanden, Mittel in Höhe von max. 806 € der Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen.

Nein Ja

Bei einer eventuellen Überzahlung von Pflegegeld durch die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege stimme ich einer Verrechnung mit zukünftigen Pflegeleistungen durch meine Pflegekasse zu.

Datenschutzhinweis: Damit wir Ihren Antrag auf Verhinderungspflege bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Die Daten sind für die Leistungsgewährung der Verhinderungspflege nach §§ 39, 94 Abs. 1 SGB XI zu erheben. Mehr zu den von der SBK verarbeiteten Daten erfahren Sie unter sbk.org/datenschutz oder bei Ihrem persönlichen Kundenberater.

* Diese 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 per E-Mail an widerruf@sbk.org oder gegenüber Ihrem persönlichen Kundenberater widerrufen.

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift Pflegebedürftiger/Bevollmächtigter