

ANTRAG AUF HAUSHALTSHILFE (1/5)

Angaben des/der Versicherten, d. h. der haushaltsführenden Person

Name, Vorname		Versichertennummer				Familienstand	
Berufstätig an folgenden Tagen		Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Sonntag
Arbeitszeit		von ... bis	von ... bis	von ... bis	von ... bis	von ... bis	von ... bis

Ehegatte Lebenspartner nach dem LPartG Lebensgefährte/in (gemeinsamer Haushalt) [Bitte ankreuzen]

Name, Vorname		Geburtsdatum				Tätigkeit/Beruf (freiwillig)	
Berufstätig an folgenden Tagen		Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Sonntag
Arbeitszeit		von ... bis	von ... bis	von ... bis	von ... bis	von ... bis	von ... bis
Name und Anschrift des Arbeitgebers (Angabe notwendig, wenn Ersatz für Verdienstausschlag beantragt wird)							

Angaben zu Kindern unter 12 Jahren

Kind 1 Kind 1 ist behindert [ärztliche Bescheinigung ist beigefügt]

Name, Vorname		Bisherige Betreuung		von ... bis (Uhrzeit)		Betreuungstage								
		Kindergarten		Schule										
Geburtsdatum		Sonstiges						Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Kind 2 Kind 2 ist behindert [ärztliche Bescheinigung ist beigefügt]

Name, Vorname		Bisherige Betreuung		von ... bis (Uhrzeit)		Betreuungstage								
		Kindergarten		Schule										
Geburtsdatum		Sonstiges						Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Kind 3 Kind 3 ist behindert [ärztliche Bescheinigung ist beigefügt]

Name, Vorname		Bisherige Betreuung		von ... bis (Uhrzeit)		Betreuungstage								
		Kindergarten		Schule										
Geburtsdatum		Sonstiges						Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Kind 4 Kind 4 ist behindert [ärztliche Bescheinigung ist beigefügt]

Name, Vorname		Bisherige Betreuung		von ... bis (Uhrzeit)		Betreuungstage								
		Kindergarten		Schule										
Geburtsdatum		Sonstiges						Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

ANTRAG AUF HAUSHALTSHILFE (2/5)

Angaben zu weiteren Personen (ab 12 Jahre), die im Familienhaushalt des Versicherten leben

Person 1

Name, Vorname	Geburtsdatum	Keine Haushaltsweiterführung an den genannten Tagen / von ... bis (Uhrzeit angeben) möglich
Begründung, warum Person 1 in der genannten Zeit den Haushalt <u>nicht</u> weiterführen kann		Mo Di Mi Do Fr Sa So

Person 2

Name, Vorname	Geburtsdatum	Keine Haushaltsweiterführung an den genannten Tagen / von ... bis (Uhrzeit angeben) möglich
Begründung, warum Person 2 in der genannten Zeit den Haushalt <u>nicht</u> weiterführen kann		Mo Di Mi Do Fr Sa So

Person 3

Name, Vorname	Geburtsdatum	Keine Haushaltsweiterführung an den genannten Tagen / von ... bis (Uhrzeit angeben) möglich
Begründung, warum Person 3 in der genannten Zeit den Haushalt <u>nicht</u> weiterführen kann		Mo Di Mi Do Fr Sa So

Person 4

Name, Vorname	Geburtsdatum	Keine Haushaltsweiterführung an den genannten Tagen / von ... bis (Uhrzeit angeben) möglich
Begründung, warum Person 4 in der genannten Zeit den Haushalt <u>nicht</u> weiterführen kann		Mo Di Mi Do Fr Sa So

ANTRAG AUF HAUSHALTSHILFE (3/5)

Für die Zeit vom bis beantrage ich ...

Name, Vorname

Geburtsdatum

... Ersatz für Verdienstausschlag wegen unbezahltem Urlaub des Ehepartners/Lebenspartners/Lebensgefährten/in (gemeinsamer Haushalt)

... Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushalts durch Verwandte/Verschwägerte (bis zum 2. Grad)

Die Haushaltshilfe ist mein/meine (Art der Verwandtschaft/Schwägerschaft)

... angemessenen Kostenersatz für eine selbst beschäftigte Haushaltshilfe, die nicht mit mir bis zum 2. Grad verwandt/verschwägert ist.

Name, Vorname, Anschrift der Haushaltshilfe

Die Haushaltshilfe steht in folgendem Verhältnis zu mir (z. B. Nachbarin, Freundin etc.)

Falls die Haushaltshilfe beschäftigt ist, bitte Arbeitgeber ergänzen

... Kostenersatz für Haushaltshilfe durch Ersatzkraft einer karitativen Einrichtung o. ä. (z. B. Sozialstation, Nachbarschaftshilfe)

Genauere Bezeichnung und Anschrift der Einrichtung

Kind 1 (unter 12 Jahre): externe Unterbringung für die beantragte Dauer

Name, Vorname

Ort der Unterbringung außerhalb des Haushalts

Zeitraum von ... bis (Uhrzeit angeben, Tag ankreuzen)

Mo

Di

Mi

Do

Fr

Sa

So

Kind 2 (unter 12 Jahre): externe Unterbringung für die beantragte Dauer

Name, Vorname

Ort der Unterbringung außerhalb des Haushalts

Zeitraum von ... bis (Uhrzeit angeben, Tag ankreuzen)

Mo

Di

Mi

Do

Fr

Sa

So

Kind 3 (unter 12 Jahre): externe Unterbringung für die beantragte Dauer

Name, Vorname

Ort der Unterbringung außerhalb des Haushalts

Zeitraum von ... bis (Uhrzeit angeben, Tag ankreuzen)

Mo

Di

Mi

Do

Fr

Sa

So

Kind 4 (unter 12 Jahre): externe Unterbringung für die beantragte Dauer

Name, Vorname

Ort der Unterbringung außerhalb des Haushalts

Zeitraum von ... bis (Uhrzeit angeben, Tag ankreuzen)

Mo

Di

Mi

Do

Fr

Sa

So

Ersatz für Einkommensausfall bei Selbstständigen (Bestätigung durch Steuerberater)

Firmensitz

Art des Gewerbes

Anzahl Mitarbeiter

Grund der Antragstellung

Der Versicherte selbst befindet sich in Behandlung, wegen ...

Grund

stationäre Behandlung/
Kurbehandlung

schwere Erkrankung
(Attest – s. Anlage (5) – beifügen)

seit

Arbeitsunfall

Berufskrankheit

Schädigung durch Dritte (Unfall, Verletzung d. Tiere etc.)

ANTRAG AUF HAUSHALTSHILFE (4/5)

Bestätigung zur Haushaltsführung

Die Haushaltshilfe ist notwendig, weil keine der (ggf.) im Haushalt lebenden Personen den Haushalt weiterführen kann.

Der Haushalt wurde bisher geführt von ...

mir meinem Ehegatten sonstige

Bankverbindung zur Auszahlung von Leistungen

Name der Bank

IBAN

BIC (nur bei Auslandskonto)

Unterschrift

Datum

Unterschrift des Versicherten

X

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückerstattet werden müssen. Änderungen, welche sich während der Tätigkeit der Haushaltshilfe ergeben, werde ich der BKK mitteilen.

**Bitte senden Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag an:
BKK Freudenberg, Haushaltshilfe, Hühnerweg 2-4, 69465 Weinheim**

Informationen zum Antrag auf Haushaltshilfe

Datenschutz

Datenschutzhinweis (§ 67a SGB X und Artikel 13 DSGVO): Die persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie rechtmäßig zu erfüllen. Grundlagen hierfür sind § 284 SGB V und § 94 SGB XI. Freiwillige Angaben können Sie jederzeit widerrufen. Nähere Informationen erhalten Sie unter www.bkk-freudenberg.de/datenschutz.

Allgemeines

Sie erhalten u.a. Haushaltshilfe, wenn Ihnen die Weiterführung des Haushalts z. B. wegen einer Krankenhausbehandlung oder einer Kurbehandlung nicht möglich ist, eine andere im Haushalt lebende Person diesen nicht weiterführen kann und mindestens ein Kind unter zwölf Jahren oder eine behindertes Kind im Haushalt zu versorgen ist.

Wenn eine andere im Haushalt lebende Person diesen weiterführen kann (z. B. an Wochenenden, in den Abendstunden, während einer Arbeitsunfähigkeit, an arbeitsfreien Tagen oder Urlaubstagen), ist der Anspruch ausgeschlossen bzw. gemindert. Haushaltshilfe kann ebenfalls nicht zur Verfügung gestellt werden, wenn der Haushalt nicht von Ihnen geführt wurde oder Sie in Vollzeit beschäftigt sind.

Ist die Haushaltshilfe bis zum zweiten Grad mit Ihnen verwandt oder verschwägert, können die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstaussfall erstattet werden. Ein angemessenes Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten wird dabei vorausgesetzt.

Zeitpunkt des Antrags

Wir benötigen Ihre Angaben für die Entscheidung darüber, ob wir die Kosten einer Haushaltshilfe übernehmen können. Deshalb beantragen Sie die Leistung unbedingt bevor Sie diese in Anspruch nehmen möchten.

Bei dem beiliegenden Formular handelt es sich um einen Antrag. Ob und in welchem Umfang ein Anspruch besteht, kann erst nach Erhalt der kompletten Unterlagen festgestellt werden.

Zuzahlungen

Die gesetzliche Zuzahlung beträgt 10 % des von uns geleisteten Tagessatzes, mindestens aber 5,00 EUR und maximal 10,00 EUR pro Tag. Diese Regelung gilt auch, wenn wir aufgrund eines bestehenden Verwandtschaftsverhältnisses nur Verdienstaussfall bzw. Fahrkosten erstatten.

Bei Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft bzw. Schwangerschaftsbeschwerden (das sind z. B. Blutarmut (Anämie), Schwangerschaftsdiabetes, Gestose) oder Entbindung entfällt die Zuzahlung.

ÄRZTLICHES ATTEST

ZUM ANTRAG AUF HAUSHALTSHILFE (5/5)

Name, Vorname	Versichertennummer	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Der/die Versicherte ist zur Weiterführung des Haushalts ab

nicht mehr in der Lage	nur eingeschränkt in der Lage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grund/Diagnose	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Es bestehen folgende körperliche Einschränkungen	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Folgende hauswirtschaftliche Tätigkeiten können nicht durchgeführt werden	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Hinweise/Anmerkungen	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

Eine Haushaltshilfe ist daher notwendig	Stunden, täglich (Hinweis beachten ->)	Diese Stundenzahl orientiert sich an den tatsächlich krankheitsbedingt, nicht durchführbaren Tätigkeiten, die auch sonst in keiner Weise sichergestellt werden können.
vom <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="text"/>	

Unterschrift / Stempel Arzt

Datum	Unterschrift / Stempel des ausstellenden Arztes
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig