



Antrag auf Haushaltshilfe

Guten Tag,

auf den nächsten Seiten finden Sie einen Antrag auf Haushaltshilfe. Senden Sie bitte den Antrag vollständig ausgefüllt an uns zurück.

Für die Haushaltshilfe ist für jeden Tag der Leistungsanspruchnahme eine Zuzahlung in Höhe von 10 % des täglichen Leistungsbetrages, mindestens 5,00 Euro, maximal 10,00 Euro zu entrichten, die wir vom Erstattungsbetrag einbehalten werden. Bei Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft und Entbindung entfällt die Zuzahlung.

Dieses gilt für Haushaltshilfe durch z.B. Sozialstationen, Betreuungsdiensten (Rotes Kreuz, Caritas, usw.), eine selbstbeschaffte Ersatzkraft und bei Weiterführung des Haushalts durch den Ehepartner bei unbezahltem Urlaub.

Es gilt auch, wenn die Kasse im Rahmen der Haushaltshilfe den Verdienstausschlag bzw. Fahrkosten erstattet, weil z.B. die selbstbeschaffte Ersatzkraft, die den Haushalt weiterführt, mit dem Versicherten bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist.

Der Stundensatz für die selbstbeschaffte Haushaltshilfe beträgt 12,25 Euro und wird für bis zu 8 Stunden täglich gezahlt. Eine Kostenzusage ist grundsätzlich für maximal 4 Wochen möglich. Sofern im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, wird aufgrund unserer Satzungsregelung die Dauer der Haushaltshilfe nach § 38 Absatz 1 Satz 4 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) nicht begrenzt.

Noch ein Hinweis: Wird rückwirkend bei Ihnen das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit mit einem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5, nach den Regelungen des Elften Sozialgesetzbuches (SGB XI - soziale Pflegeversicherung), für den o. g. Zeitraum festgestellt, endet mit dem Tag des Beginns des Leistungsanspruches auf Pflegeleistungen der Anspruch auf Haushaltshilfe nach den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Eventuell überzahlte Leistungen für Haushaltshilfe nach dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V - gesetzliche Krankenversicherung) werden dann mit Leistungsansprüchen der Pflegekasse verrechnet, die wiederum Ihren dortigen Anspruch mindern könnten

Haben Sie Fragen? Wir beraten Sie gern.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre BKK exklusiv

Bitte zurück an: BKK exklusiv, Hauptverwaltung, 31273 Lehrte

Antrag auf Haushaltshilfe (Seite 1)

Die nachstehenden Daten sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB) erhoben und zum Zwecke der Datenverarbeitung gespeichert.

Personalien des Mitglieds								
Name, Vorname und ggf. Geburtsname	Versichertennummer	Tätigkeit/Beruf	Berufstätig an folgenden Tagen					von-bis Uhr
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	
Anschrift		Arbeitgeber/Versichertenverhältnis						

Ehegatte | Lebenspartner/in | Lebensgefährte/in

Name, Vorname und ggf. Geburtsname	Geburtstag	Arbeitgeber	Berufstätig an folgenden Tagen					von-bis Uhr
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	
Selbst krankenversichert bei								

Kinder unter 16 Jahren/behinderte Kinder								
Name, Vorname	Geburtstag	Das Kind wurde betreut	an folgenden Tagen					von-bis Uhr
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	
1.		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw. <input type="checkbox"/> sonstige Betreuung außer Haus						
2.		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw. <input type="checkbox"/> sonstige Betreuung außer Haus						
3.		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw. <input type="checkbox"/> sonstige Betreuung außer Haus						

Das unter der lfd. Nr. ____ aufgeführte Kind ist behindert. Eine ärztliche Bescheinigung über die Art der Behinderung ist beigefügt.

Weitere im Familienhaushalt des Versicherten lebende Personen								
Name, Vorname	Geburtstag	Kann den Haushalt nicht weiterführen, weil (Angabe des Grundes):	an folgenden Tagen					von-bis Uhr
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	

In Behandlung begibt/befindet sich der/die Versicherte selbst der Ehegatte/ die Ehegattin
 der Lebenspartner / die Lebenspartnerin
 der Lebensgefährte / die Lebensgefährtin

Krankenhaus/Entbindungsstation/Kurheim	seit	Krankheitsursache
Häusliche Krankenbehandlung durch Dr. med.	seit	Krankheitsursache

Bemerkungen:

Bitte zurück an:

BKK exklusiv, Hauptverwaltung, 31273 Lehrte

Antrag auf Haushaltshilfe (Seite 2)

Die nachstehenden Daten sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB) erhoben und zum Zwecke der Datenverarbeitung gespeichert.

Ich beantrage

 Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushalts durch Verwandte

 angemessenen Kostenersatz für eine selbst beschaffte fremde Haushaltshilfe

 Kostenersatz für Haushaltshilfe durch Ersatzkraft einer caritativen Einrichtung wie z.B. Sozialstation

 Ersatz für Verdienstaussfall wegen unbezahltem Urlaub

 Vermittlung einer Haushaltshilfe durch die Krankenkasse

Die Gewährung von Haushaltshilfe ist notwendig, weil keine der im Haushalt lebenden Personen den Haushalt weiterführen kann.

Der Haushalt

wurde bisher geführt

 von mir

 von meiner/m Ehegatten/in

 von einer sonstigen Person

 von meiner/m Lebenspartner/in

 von meiner/m Lebensgefährten/in

Für die Dauer der genannten Behandlung wird das unter 16 Jahre alte Kind regelmäßig an folgenden Tagen der Woche untergebracht:

entsprechende Tage

in meinem Haushalt

außerhalb meines Haushalts,

ankreuzen

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

bei:

Name

Anschrift

Als selbstbeschaffte Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

Name, Vorname sowie ggfs. Geburtsname, Anschrift

berufstätig

 ja nein

Arbeitgeber

Mit dem Versicherten verwandt oder verschwägert?

 nein ja, und zwar

Ist die Haushaltshilfe mit Ihnen bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert, können nur die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstaussfall erstattet werden, vorausgesetzt, dass diese in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten stehen. Für die Haushaltshilfe ist eine Zuzahlung in Höhe von 10 v.H. der Kosten (10 %, mindestens 5,00 Euro, maximal 10,00 Euro) zu leisten.

Es entstehen mir (voraussichtlich) Kosten von _____ € je Stunde für _____ Stunden täglich.

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 Betriebskrankenkasse unverzüglich mitteilen.

Datum, Unterschrift

Telefonnummer

Meine Bankverbindung

IBAN	BIC	Bank

Bitte zurück an: BKK exklusiv, Hauptverwaltung, 31273 Lehrte

ABRECHNUNG DER HAUSHALTSHILFE

Angaben erfolgen in Euro

Personalien der Haushaltshilfe			
Name, Vorname und ggf. Geburtsname	Geburtstag	Familienstand	berufstätig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Anschrift		Mit dem Versicherten verwandt oder verschwägert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar	

Bestätigung der Haushaltshilfe / Tätigkeitsnachweis											
Datum	Uhrzeit von-bis	Std.	Datum	Uhrzeit von-bis	Std.	Datum	Uhrzeit von-bis	Std.	Datum	Uhrzeit von-bis	Std.
zusammen			zusammen			zusammen			zusammen		
Ich bestätige, dass über die gesamte Zeit die Haushaltshilfe von keiner im Haushalt lebenden Person erbracht werden konnte und auch von keiner anderen Stelle für die Haushaltshilfe Leistungen gewährt werden.											
Ich bitte um Überweisung auf:						IBAN			Bezeichnung des Geldinstituts		
Datum _____ Unterschrift des Versicherten _____											

Auslagenersatz (nur für Verwandte)	
Fahrkosten _____ mal von _____ nach _____ Betrag _____	Verdienstausschlag lt. anliegender Bescheinigung des Arbeitgebers _____ Arbeitsstunden je Betrag
Sonstige Auslagen: _____ Betrag _____	

Empfangsbestätigung der Haushaltshilfe (gilt nicht für Verwandte)	
Es wurden mir vom Versicherten bezahlt	
_____ Stunden je Betrag _____ Betrag _____	
sowie folgende Auslagen: _____ Betrag _____	
Datum _____ Unterschrift der Haushaltshilfe _____	

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

für _____, KV-Nr.: _____

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

_____ benötigt in der Zeit

vom _____ bis _____

eine Haushaltshilfe für _____ Stunden kalendertäglich/ werktäglich/ arbeitstäglich/ wöchentlich
(Unzutreffendes bitte streichen).

Diagnosen und Begründung: _____

Voraussichtliches Ende der Behandlung:

nicht absehbar

voraussichtlich: _____

Datum

Stempel/Unterschrift des behandelnden Arztes

Für die Beantwortung dieser Anfrage ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig.