

Antrag auf Haushaltshilfe für die Zeit

von _____ bis _____

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

Personalien des Mitglieds							
Name, Vorname und ggf. Geburtsname	Versichertennummer	Tätigkeit/Beruf	Berufstätig an folgenden Tagen				Uhrzeit von bis
			Mo	Di	Mi	Do	
Telefon		E-Mail-Adresse					
Anschrift		Arbeitgeber					

Ehegatte							
Name, Vorname und ggf. Geburtsname	Geburtstag	Tätigkeit/Beruf	Berufstätig an folgenden Tagen				Uhrzeit von bis
			Mo	Di	Mi	Do	
selbst krankenversichert bei		Arbeitgeber					

Kinder unter 12 Jahren/behinderte Kinder							
Name, Vorname	Geburtstag	das Kind wird betreut	an folgenden Tagen				Uhrzeit von bis
			Mo	Di	Mi	Do	
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 beigelegt.

Weitere im Familienhaushalt der/des Versicherten lebende Personen							
Name, Vorname	Geburtstag	kann den Haushalt nicht weiterführen, weil (Angabe des Grundes)	Berufstätig an folgenden Tagen				Uhrzeit von bis
			Mo	Di	Mi	Do	
1.							
2.							
3.							

In Behandlung begibt/befindet sich der Versicherte selbst der Ehegatte

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

Bitte legen Sie in diesem Fall eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung vor.

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 Zweck der Datenverarbeitung gespeichert.

Ich beantrage Vermittlung einer Haushaltshilfe durch die Krankenkasse Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushalts durch Verwandte

angemessenen Kostenersatz für eine selbst beschaffte fremde Haushaltshilfe Ersatz für Verdienstausschlag wegen unbezahltem Urlaub

Kostenersatz für Haushaltshilfe durch Ersatzkraft einer karitativen Einrichtung wie z. B. Sozialstation Erstattung von Fahrtkosten an verwandte oder verschwägerte Personen

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

Der Haushalt wurde bisher von mir von meinem Ehegatten von sonstiger Person geführt.

Für die Dauer der genannten Behandlung wird das unter 12 Jahre alte Kind regelmäßig an folgenden Tagen der Woche untergebracht:

in meinem Haushalt: _____ außerhalb meines Haushalts: _____

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So		Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
entsprechende Tage ankreuzen								entsprechende Tage ankreuzen							

Als selbst beschaffte Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

Name, Vorname sowie ggf. Geburtsname, Wohnort	Beruf
Telefon	E-Mail
Arbeitgeber	
Mit dem Versicherten verwandt oder verschwägert?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____	

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

Der Betrag soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Name des Geldinstituts	
IBAN	BIC
Kontoinhaber	

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 unverzüglich mitteilen.

Datum

Unterschrift