

Warum kann eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen?

(z. B. Beschäftigung in Vollzeit, Schicht- oder Wechseldienst, Behinderung etc., Angaben sind erforderlich für Personen ab vollendetem 16. Lebensjahr)

Name, Vorname	Begründung

Für wie viele Stunden wird die Ersatzkraft zur Haushaltsführung benötigt?

Dauer der Haushaltsführung	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Uhrzeit von bis							
Uhrzeit von bis							

Als Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

Name, Vorname:	
Anschrift (PLZ, Ort, Straße):	
Geburtsdatum:	Versichert bei (Name der Krankenkasse):
Arbeitgeber:	Beruf:
Die Ersatzkraft hat einen eigenen Haushalt :	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die Ersatzkraft ist mit der/dem Erkrankten verwandt oder verschwägert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welches Verwandtschaftsverhältnis?	

Verdienstaussfall

- Mein Ehe-/Lebenspartner Eine andere im Haushalt lebende Person

hat vom _____ bis _____ unbezahlten Urlaub genommen, um den Haushalt weiterzuführen.
 Eine Bescheinigung des Arbeitgebers über den Verdienstaussfall liegt bei wird nachgereicht.
 (Einen entsprechenden Vordruck haben wir für Sie beigefügt.)

Mir ist bekannt, dass unter Umständen nach Ablauf eines Monats seit dem Beginn des unbezahlten Urlaubs die gesetzliche Krankenversicherung endet.

Bankverbindung für Erstattung der Haushaltshilfe

IBAN _____

Name des Geldinstituts _____

Name des Kontoinhabers _____

Mir ist bekannt, dass für die Gewährung von Haushaltshilfe eine vorherige Genehmigung erforderlich ist. Die Kosten sind von mir zu verauslagen und werden mir im genehmigten Umfang zurückerstattet. Es besteht kein Anspruch darauf, dass die entstandenen Kosten an die Haushaltshilfe ausgezahlt werden. Ich versichere, die Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Bei eintretenden Änderungen informiere ich die BERGISCHE Krankenkasse unverzüglich.

Datum

Unterschrift

Bitte zurück an:
BERGISCHE KRANKENKASSE

42715 Solingen

**Bescheinigung des Arbeitgebers über unbezahlten Urlaub zur Berechnung von Haushalts-
hilfe für**

Firmenname und Anschrift des Arbeitgebers

Name, Vorname und Geburtsdatum des Arbeitnehmers

Der o. g. Arbeitnehmer war/hat/hatte (bitte ankreuzen)

- | | | |
|---|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> unbezahlten Urlaub | vom | bis |
| <input type="checkbox"/> bezahlten Urlaub | vom | bis |
| <input type="checkbox"/> Sonderurlaub | vom | bis |
| <input type="checkbox"/> Kurzarbeiter-/Schlechtwettergeld | vom | bis |
| <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig | vom | bis |
| <input type="checkbox"/> Wechselschicht (Schichten bitte gesondert auflühren) | vom | bis |

Besteht die Möglichkeit der stundenweisen Arbeitsbefreiung? ja nein

**Der Arbeitnehmer hat regelmäßig an
folgenden Arbeitstagen arbeitsfrei:** Mo Di Mi Do Fr Sa So

Bei unbezahltem Urlaub bitten wir zusätzlich um folgende Angaben:

Ausgefallene Arbeitstage insgesamt _____
Ausgefallene Stunden je Tag _____
Ausgefallenes Nettoentgelt insgesamt _____ pro Stunde _____
 Monatslöhner Stundenlöhner

Ort und Datum

Unterschrift und Firmenstempel des Arbeitgebers

Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 SGB X)

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 89 SGB X erforderlich. Die Datenerhebung beruht auf § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V.

42715 Solingen

Ärztliche Bescheinigung zur Erlangung von Haushaltshilfe

Antragsteller(in): _____ KVNR: F_kvnr: _____

befindet/befand sich wegen Krankheit in meiner ambulanten ärztlichen Behandlung wegen folgender Erkrankung (Diagnose und Befund):

.....
.....

Der/die Patient(in) ist bettlägerig Ja Nein

Der/die Patient(in) ist in der Lage, die Kinder zu betreuen Ja Nein

Der/die Patient(in) ist wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich. Ja* Nein

Eine zwingend notwendige stationäre Krankenhausbehandlung wird vermieden oder verkürzt Ja* Nein

* Bei Ja – Stellungnahme warum:

.....
.....

Die Ausübung folgender hauswirtschaftlicher Tätigkeiten ist nicht möglich:

- Kochen
- Reinigung der Wohnung
- Einkaufen
- Waschen
- Bügeln
- Sonstiges

Aus medizinischer Sicht wird für folgende Zeiträume Haushaltshilfe benötigt:

vom _____ bis _____ Stunden täglich: _____ Tage pro Woche: _____

vom _____ bis _____ Stunden täglich: _____ Tage pro Woche: _____

Datum Unterschrift und Arztstempel

