

Bitte zurück an:

hkk Krankenkasse
28185 Bremen

Gerne per Fax an 0441 9726-1818

Antrag auf Haushaltshilfe (Seite 1)

Personalien des Mitglieds									
Name, Vorname	Versicherten-nummer	Berufstätig an folgenden Tagen:	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
		Uhrzeit von – bis, inkl. Fahrtzeiten:							
Anschrift		Arbeitgeber							

Ehegatte/Partner									
Name, Vorname	Geburtstag	Berufstätig an folgenden Tagen:	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
		Uhrzeit von – bis, inkl. Fahrtzeiten:							
<input type="checkbox"/> familienversichert bei der hkk	<input type="checkbox"/> Mitglied der hkk	<input type="checkbox"/> andere Krankenkasse:							
Arbeitgeber									
<input type="checkbox"/> alleinlebend									

Wer ist an der Weiterführung des Haushaltes verhindert?
Name:

Grund der Verhinderung?	Zeitraum von – bis:
<input type="checkbox"/> Stationärer Krankenhausaufenthalt	
<input type="checkbox"/> Mitaufnahme Begleitperson stationärer Krankenhausaufenthalt	
<input type="checkbox"/> Stationäre Entbindung	
<input type="checkbox"/> Ambulante Entbindung	
<input type="checkbox"/> Akute Erkrankung (siehe ärztl. Bescheinigung)	
<input type="checkbox"/> Allgemeine Erkrankung (siehe ärztl. Bescheinigung)	
<input type="checkbox"/> Kuraufenthalt	
<input type="checkbox"/> Die Kurkosten werden ganz oder teilweise von folgendem Sozialleistungsträger getragen:	

Kinder im Haushalt:										
Name, Vorname	Geburtstag	Das Kind wird betreut:	An folgenden Tagen:							Uhrzeit
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
1)		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, in der Tagesstätte oder Schule <input type="checkbox"/> sonstige Betreuung außer Haus								von
										bis
2)		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, in der Tagesstätte oder Schule <input type="checkbox"/> sonstige Betreuung außer Haus								von
										bis
3)		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, in der Tagesstätte oder Schule <input type="checkbox"/> sonstige Betreuung außer Haus								von
										bis

Das unter der lfd. Nr. ____ aufgeführte Kind ist behindert.
Eine ärztliche Bescheinigung bzw. ein Nachweis über die Art der Behinderung ist beigelegt.

Bitte zurück an:

hkk Krankenkasse
28185 Bremen

Antrag auf Haushaltshilfe (Seite 2)

Ich beantrage **Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushaltes durch Verwandte** (* bitte Bankkonto angeben) **Ersatz für Verdienstaufschlag wegen unbez. Urlaubs des Ehegatten/Partners** (* bitte Bankkonto angeben) **Angemessenen Kostenersatz für eine selbstbeschaffte fremde Haushaltshilfe** **Kostenersatz für Haushaltshilfe durch einen Haushaltshilfedienst/ Leistungserbringer**

Haushaltshilfe wird beantragt für die Zeit vom _____ bis _____.

In der Zeit von _____ / Uhr bis _____ / Uhr

Lebt eine andere Person im Haushalt, die den Haushalt weiter führen kann?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, Name: _____

Der Haushalt wurde bisher geführt

von mir. von meinem Ehegatten. von _____.

Ist Hilfe durch Familienangehörige möglich?	
<input type="checkbox"/> nein, weil: _____	<input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Name: _____

Für die Dauer der beantragten Haushaltshilfe erfolgt die Betreuung meines Kindes / meiner Kinder

<input type="checkbox"/> in meinem Haushalt.	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
(Bitte entsprechende Tage ankreuzen.)							

<input type="checkbox"/> außerhalb meines Haushalts, bei _____	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
(Bitte entsprechende Tage ankreuzen.)							

Als Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

Name, Vorname und Anschrift:	Unbezahlter Urlaub erforderlich:	
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Arbeitgeber:

Mit dem/der Versicherten verwandt oder verschwägert?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____

Es entstehen mir (voraussichtlich) Kosten von _____ Euro je Stunde.

Ist die Haushaltshilfe mit Ihnen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert, können nur die erforderlichen Fahrkosten und der ggf. entstandene Verdienstaufschlag erstattet werden, vorausgesetzt, dass diese in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten stehen.

* **Bankkonto des Antragstellers** bei Fahrkosten- und/oder Verdienstaufschallerstattung:

IBAN _____,

BIC _____, bei _____

Die Haushaltshilfe soll durch einen Haushaltshilfedienst erfolgen:

Ja Nein

Name und Anschrift des ausgewählten Familiendienstes:	Telefon und Ansprechpartner	

Bitte nennen Sie uns Ihre Telefonnummer, damit wir eventuelle Rückfragen zeitnah klären können: _____.

Für die Inanspruchnahme der Haushaltshilfe muss eine Zuzahlung geleistet werden. Diese beläuft sich auf zehn Prozent der Kosten pro Leistungstag, mindestens fünf Euro, jedoch höchstens zehn Euro täglich. Ausnahmen: Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung, Versicherte bis zum 18. Lebensjahr und Versicherte mit einer Befreiung von Zuzahlungen nach § 62 SGB V.

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 hkk unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift



Ihre Daten werden gemäß Art. 6 DS-GVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung verarbeitet. Mehr Infos erhalten Sie unter www.hkk.de/datenschutz und in unseren Geschäftsstellen. Für weitere Fragen hierzu kontaktieren Sie uns gerne.

Bitte zurück an:



hkk Krankenkasse
28185 Bremen

Gerne per Fax 0441 9726-1818

Ärztliche Stellungnahme zur Notwendigkeit von Haushaltshilfe

Name, Vorname d. Versicherten

Geburtsdatum

Anschrift

Versichertennummer

1. Eine Haushaltshilfe ist wegen folgender Ursache nötig:

- akute schwere Erkrankung oder akute Verschlimmerung einer Erkrankung, insbesondere nach Krankenhausaufenthalt, ambulante Operation oder ambulante Krankenhausbehandlung

ICD: _____

- allgemeine Erkrankung (nähere Begründung erforderlich, siehe unten Ziffer b)

a) **ICD:** _____

b) **Begründung** (Hinweis zu den körperlichen Einschränkungen, die die Haushaltsführung verhindern):

- Schwangerschaft und Entbindung (nähere Begründung erforderlich, siehe unten Ziffer b)

a) **ICD:** _____ **(voraussichtlicher) ET:** _____

b) **Begründung:**

2. Die Haushaltshilfe wird für folgende Tätigkeiten benötigt:

Grund der Verhinderung + Zeitangabe	Grund der Verhinderung + Zeitangabe
<input type="checkbox"/> Kochen	<input type="checkbox"/> Kinderbetreuung
<input type="checkbox"/> Einkauf	<input type="checkbox"/> Hausaufgabenhilfe
<input type="checkbox"/> Reinigung der Wohnung	<input type="checkbox"/> Begleitung der Kinder zur Einrichtung
<input type="checkbox"/> Wäsche waschen	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

3. Für welchen Zeitraum und in welchem Umfang ist die Haushaltshilfe erforderlich?

(Bitte berücksichtigen Sie die tatsächlichen häuslichen Verhältnisse.)

Vom _____ bis _____

für _____ Tage pro Woche für jeweils _____ Std. pro Einsatztag.

4. Kann der Umfang der Haushaltshilfe aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustandes zukünftig reduziert werden?

Nein

Ja, ab _____ Reduzierung auf _____ Std.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes



Für die Arztangabe ist die Nr. 01621 EBM abrechnungsfähig.

Ihre Daten werden gemäß Art. 6 DS-GVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung verarbeitet. Mehr Infos erhalten Sie unter www.hkk.de/datenschutz und in unseren Geschäftsstellen. Für weitere Fragen hierzu kontaktieren Sie uns gerne.