

Antrag auf Haushaltshilfe

Angaben des Mitglieds			berufstätig an folgenden Tagen:			
Name, Vorname	Versicherungsnummer	Tätigkeit/Beruf		von	bis	Stunden
Straße, PLZ, Ort			Montag			
			Dienstag			
Arbeitgeber bzw. Versicherungssituation (bitte vollständige Adresse und Telefonnummer angeben) ☐ angestellt ☐ arbeitslos ☐ selbstständig ☐ familienversichert ☐ freiwillig versichert			Mittwoch			
			Donnerstag			
			Freitag			
			Samstag			
			Sonntag			

Angaben zur/zum Ehe-/Lebenspartner(in)			berufstätig an folgenden Tagen:			
Name, Vorname	Geburtsdatum	Tätigkeit/Beruf		von	bis	Stunden
Selbst krankenversichert bei:			Montag			
Arbeitgeber bzw. Versicherungssituation (bitte vollständige Adresse und Telefonnummer angeben) ☐ angestellt ☐ arbeitslos ☐ selbstständig ☐ familienversichert ☐ freiwillig versichert			Dienstag			
			Mittwoch			
			Donnerstag			
			Freitag			
			Samstag			
Sonntag						

Angaben zu/m Kind/ern unter 12 Jahren/behindertem Kind			Schul- und Kindergartenbesuch:			
Name, Vorname	Geburtsdatum	Wo wird das Kind betreut?		von	bis	Stunden
1.		☐ In Kindergarten, Tagesstätte usw. ☐ Sonstige Betreuung außer Haus	Montag	1.		
				2.		
				3.		
			Dienstag	1.		
				2.		
				3.		
			Mittwoch	1.		
				2.		
				3.		
			Donnerstag	1.		
				2.		
				3.		
			Freitag	1.		
				2.		
				3.		
			Samstag	1.		
				2.		
				3.		
			Sonntag	1.		
				2.		
				3.		

Das unter der laufenden Nummer _____ aufgeführte Kind ist behindert. Eine ärztliche Bescheinigung über die Behinderungsart ist beigelegt.

Weitere im Familienhaushalt lebende Personen (z.B. Großeltern, Eltern, Kinder ab 12 Jahren)																																																																													
Name, Vorname	Geburtsdatum	Falls Kinder: wo wird das Kind betreut (Schule, Tagesstätte)	an folgenden Tagen berufstätig/in Betreuung:																																																																										
			<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>von</th> <th>bis</th> <th>Stunden</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Montag</td> <td>1.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Dienstag</td> <td>1.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Mittwoch</td> <td>1.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Donnerstag</td> <td>1.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Freitag</td> <td>1.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Samstag</td> <td>1.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Sonntag</td> <td>1.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		von	bis	Stunden	Montag	1.			2.			3.			Dienstag	1.			2.			3.			Mittwoch	1.			2.			3.			Donnerstag	1.			2.			3.			Freitag	1.			2.			3.			Samstag	1.			2.			3.			Sonntag	1.			2.			3.		
	von	bis	Stunden																																																																										
Montag	1.																																																																												
	2.																																																																												
	3.																																																																												
Dienstag	1.																																																																												
	2.																																																																												
	3.																																																																												
Mittwoch	1.																																																																												
	2.																																																																												
	3.																																																																												
Donnerstag	1.																																																																												
	2.																																																																												
	3.																																																																												
Freitag	1.																																																																												
	2.																																																																												
	3.																																																																												
Samstag	1.																																																																												
	2.																																																																												
	3.																																																																												
Sonntag	1.																																																																												
	2.																																																																												
	3.																																																																												
1.																																																																													
2.																																																																													
3.																																																																													

Krankenhaus/Entbindungsstation/Kurheim	seit	Krankheitsursache
Die häusliche Krankenbehandlung wurde verordnet durch	seit	Krankheitsursache

Bankverbindung:			
Kontoinhaber/in:	IBAN:	BIC:	Bank:

Datum	X Unterschrift	Telefonnummer, unter der ich tagsüber zu erreichen bin
-------	---------------------------	--

Antwort

mhplus Betriebskrankenkasse
71632 Ludwigsburg

Antrag auf Haushaltshilfe

Vorname	Name	Versicherungsnummer		
Ich beantrage	☐ die Kostenerstattung für die Haushaltshilfe, die durch Verwandte erbracht wird.	☐ eine angemessene Kostenerstattung für eine selbst organisierte Haushaltshilfe.	☐ die Kostenerstattung für die Haushaltshilfe durch Ersatzkraft einer karitativen Einrichtung wie z. B. Sozialstation.	☐ Erstattung des Verdienstauffalls wegen unbezahltem Urlaub.

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

Der Haushalt wurde bisher	☐ von mir geführt.	☐ von meinem Ehepartner geführt.	☐ von sonstiger Person geführt.
---------------------------	---	---	--

Als Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

Name, Vorname sowie gegebenenfalls Geburtsname, Wohnort	Beruf
Arbeitgeber	

Ist die Haushaltshilfe mit Ihnen verwandt oder verschwägert?	
☐ Nein	☐ Ja, und zwar (bitte Verwandtschaftsgrad angeben)

Bitte stellen Sie uns eine Übersicht zur Verfügung, in der aufgeführt ist, welche Tätigkeiten von der Haushaltshilfe durchgeführt werden. Herzlichen Dank!

Ich weiß, dass bei einer mit mir bis zum zweiten Grade verwandten oder verschwägerten Haushaltshilfe die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstauffall erstattet werden können.

Es entstehen mir (voraussichtlich) Kosten in Höhe von _____ Euro je Stunde für _____ Stunden täglich.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind. Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückbezahlt werden müssen. Alle Änderungen, die sich während der Tätigkeit der Haushaltshilfe ergeben, werde ich der mhplus umgehend mitteilen.

Datum	 Unterschrift	Telefonnummer, unter der ich tagsüber zu erreichen bin
-------	---	--

Ärztliche Bescheinigung für Haushaltshilfe (nach § 38 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch)

Vorname Name Versicherungsnummer

Der/die Versicherte kann den Haushalt ab _____

☐ nicht mehr weiterführen. ☐ nur eingeschränkt weiterführen.

Diagnose (Bitte Diagnose und ausführliche Begründung angeben.):

Die Haushaltshilfe ist erforderlich aufgrund einer

☐ Krankenhausbehandlung. ☐ Schwangerschaft. ☐ Entbindung. ☐ schweren akuten Erkrankung.

☐ Es wurde bis zum _____ Bettruhe/strenge Bettruhe verordnet.

☐ Es handelt sich seit _____ um eine chronische Erkrankung.

☐ Es handelt sich seit _____ um einen Pflegefall.

☐ Es wurde bereits seit _____ häusliche Krankenpflege verordnet.

Welche krankheitsbedingten Beeinträchtigungen gibt es?

☐ Heben und Tragen von Lasten ab _____ kg ☐ Staub saugen ☐ Kochen

☐ Wäsche waschen ☐ Abstauben ☐ Putzen ☐ Spülen

☐ Sonstiges: _____

Die Haushaltshilfe ist unbedingt für folgende Zeit notwendig:

_____ Tag(e) / _____ Woche(n) für jeweils _____ Stunde(n) täglich

_____ Tag(e) / _____ Woche(n) für jeweils _____ Stunde(n) täglich

Datum

X

Stempel und Unterschrift des Arztes

(Für die Angaben können Sie die Nummer 01620 (EBM) berechnen.)