

Kranken-/Pflegeversicherten-Nr.

KNAPPSCHAFT
Kranken- und Pflegeversicherung
45095 Essen

Name, Vorname der / des Versicherten

Datenschutzhinweis nach § 67a Absatz 3 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X)
Die Mitteilung der nachfolgend geforderten Angaben ist erforderlich, damit über den Antrag entschieden werden kann. Die Angabe der Bankverbindung erfolgt freiwillig.

vom Antragsteller auszufüllen

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

1. Ich kann/konnte in der Zeit vom _____ bis _____
wegen einer

- stationären Krankenhausbehandlung
- ambulanten Vorsorgemaßnahme
- stationären Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme
- Krankheit bei Bezug von häuslicher Krankenpflege anstelle von Krankenhausbehandlung
- stationären Hospizbehandlung

den Haushalt nicht weiterführen.

Die Kosten der Leistung übernimmt/hat übernommen:

Kostenträger: _____ ganz teilweise

2. Krankheitsursache

- Allgemeine Krankheit
- Unfall
- Es wurde bereits ein Antrag gestellt und es handelt sich um das gleiche Krankheitsbild/um die gleiche Symptomatik
Wenn ja, wann wurde dieser Antrag gestellt? ja nein _____

3. In meinem Haushalt leben die nachstehend genannten Kinder bzw. Kinder, die behindert und auf Hilfe angewiesen sind:

Name und Vorname	geboren am	Kindschaftsverhältnis	bisher im Kindergarten, -hort; Schule, Tagesheimstätte und ähnliche untergebracht täglich von - bis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

4. In meinem Haushalt leben außerdem keine folgende Personen

Name und Vorname	geboren am	Verwandschafts- bzw. Schwägerschaftsverhältnis	kann den Haushalt nicht weiterführen, weil
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

5. Der Haushalt wurde bisher geführt von:

mir selbst mir und meinem Ehegatten/Lebenspartner gemeinsam sonstiger Person _____

meinem Ehegatten/Lebenspartner Ehegatten/Lebenspartner gemeinsam

(Name, Adresse und gegebenenfalls Verwandschafts- oder Schwägerschaftsverhältnis)

Ich bin nicht berufstätig berufstätig Mein Ehegatte/Lebenspartner ist nicht berufstätig berufstätig

Tag	Uhrzeit von-bis = Stunden	Tag	Uhrzeit von-bis = Stunden
Montag	- =	Montag	- =
Dienstag	- =	Dienstag	- =
Mittwoch	- =	Mittwoch	- =
Donnerstag	- =	Donnerstag	- =
Freitag	- =	Freitag	- =
Samstag	- =	Samstag	- =
Sonntag	- =	Sonntag	- =
Tägl. Arbeitsweg	_____	Km/Min	_____ Km/Min

Wer versorgt die Kinder während Ihrer Berufstätigkeit bzw. sind sie (teilweise) anderweitig untergebracht?

Tag	Uhrzeit von - bis	= Stunden	Einrichtung Schule/Kita/Kiga	Uhrzeit von - bis	= Stunden	Betreuung durch
Montag	-			-		
Dienstag	-			-		
Mittwoch	-			-		
Donnerstag	-			-		
Freitag	-			-		
Samstag	-			-		
Sonntag	-			-		

6. Während welcher Zeit täglich konnten Sie oder eine andere im Haushalt lebende Person während des Antragszeitraumes (siehe 1.) den Haushalt nicht weiterführen?

Montag bis Freitag von _____ bis _____ (Uhr) _____ Bitte Nachweis (z. B. Arbeitsbescheinigung, Schichtplan, etc.) beifügen!

Samstag von _____ bis _____ (Uhr) _____

Sonn- und Feiertage von _____ bis _____ (Uhr) _____

7. Haben Sie oder eine andere im Haushalt lebende Person während der eingangs genannten Zeit Tarifurlaub oder unbezahlten Urlaub genommen, weil eine geeignete Ersatzkraft nicht beschafft werden konnte?

nein Ja, Tarifurlaub vom _____ bis _____

Ja, unbezahlter Urlaub vom _____ bis _____

Name und Anschrift des Arbeitgebers

8. Fallen sonstige arbeitsfreie Zeiten des/der Antragstellers(in) oder einer anderen im Haushalt lebenden Person in den Zeitraum (z. B. Arbeitsunfähigkeitstage, Ruhetage, Kurzarbeit, witterungsbedingte Arbeitslosigkeit usw.)?

nein Ja vom _____ bis _____

9. Folgende(s) Kind(er) wird/werden/wurde(n) während der Zeit der stationären bzw. ambulanten Behandlung oder Kur außerhalb des Familienhaushalts versorgt:

Name(n) des Kindes/der Kinder

Unterbringung in/im/bei

- Kinderheim Kinderkrippe
 Bekannten Kindertagesstätte
 Verwandten/Verschwägerten
 sonstige Stelle _____

Höhe der Aufwendungen pro Tag
_____ Euro

(Bitte Rechnung beifügen)

10. Die Haushaltshilfe wird/wurde von mir selbst beschafft; es handelt(e) sich um eine

- sonstige, nicht verwandte oder verschwägere Person
 Hilfskraft von einer Organisation (karitative Einrichtung, Haushaltsdienstleister)
 verwandte oder verschwägere Person
gegebenenfalls Verwandtschafts- oder Schwägerschaftsverhältnis _____

Die Haushaltshilfekraft

Name Vorname Straße, Hausnummer, Wohnort

hat/wird vom _____ bis _____

täglich von _____ Uhr bis _____ Uhr an _____ Stunden

- meinen Haushalt geführt/führen.
 das Kind/die Kinder in meinem Haushalt versorgt und beaufsichtigt/versorgen und beaufsichtigen.
 das Kind/die Kinder in ihrem eigenen Haushalt versorgt und beaufsichtigt/versorgen und beaufsichtigen.

Für diese Tätigkeit habe/werde ich ihr _____ Euro täglich stündlich
eine Entschädigung von

insgesamt also _____ Euro gezahlt (Quittung ist beigefügt) zahlen

11. Den Erstattungsbetrag bitte ich auf mein Konto zu überweisen

Name und Sitz des Geldinstitutes BIC

IBAN

Ich versichere ausdrücklich, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen. Mir ist bewusst, dass ich zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückzahlen muss.

Rechnungsbelege sind beigefügt.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. Bevollmächtigten