Zurück an die BIG

BIG direkt gesund
 Sachleistungen (Haushaltshilfe)
 Postfach 10 06 42
 44006 Dortmund

Versichertennummer:

Vollmacht

Persönliche Angaben

Name, Vorname des/der Versicherten	Geburtsdatum
Anschrift	

hiermit erteile ich der nachstehend genannten Person die Vollmacht, für mich in Angelegenheiten der Sozialversicherung tätig zu werden.

Name, Vorname	Anschrift
Geburtsdatum	Telefonnummer

Die Vollmacht gilt für das Verhandeln, die Abgabe und Entgegennahme von Erklärungen, Bescheiden und Rechtsmitteln sowie für die Erteilung von Neben und Untervollmachten.

Soweit es zur Verfolgung meiner Ansprüche erforderlich ist, entbinde ich die Ärzte, die mich bisher untersucht und behandelt haben und mich zukünftig untersuchen und behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht und gestatte die Einsichtnahme in ärztliche Gutachten.

Zustellungen, Schriftwechsel und Rückfragen sind ausschließlich an meinen Bevollmächtigten zu richten.

bitte zahlen Sie Leistungen an mich meine/n Bevollmächtigte/n

IBAN	BIC	Geldinstitut

Ort, Datum	Unterschrift des Versicherten

Bei Fragen bin ich erreichbar

E-Mail:	Telefon:

Nutzen Sie für die Zusendung den für Sie einfachsten Weg:

E-Mail:	Datenschutz bei der BIG Als gesetzliche Krankenkasse gehen wir mit Ihren Daten sensibel und sorgfältig um. In diesem Formular erfragen wir Ihre personenbezogenen Daten, um Ihre Vollmacht nach § 13 SGB X zu bearbeiten. Ihre personenbezogenen Daten geben wir nur im Rahmen gesetzlicher Vorschriften an Dritte weiter. Ihre hier erhobenen Daten speichern wir für 6 Jahre und löschen sie dann.
Fax:	
Post:	

BIG direkt gesund
 Haushaltshilfe
 Postfach 10 06 42
 44006 Dortmund

Zurück an die BIG

Versichertennummer: _____											
Antrag Haushaltshilfe:											
Wichtig: Einen Anspruch auf Haushaltshilfe haben Sie nur bei begründeten medizinischen Einschränkungen. Die Aufgaben der Kinderversorgung/Haushaltsführung gehen auf die weiteren im Haushalt lebenden Personen über. Wir unterstützen Sie, die Kinderversorgung/Haushaltsführung sicherzustellen, wenn es keine andere Unterstützungsmöglichkeit für Sie gibt.											
Versicherter:						Geburtsdatum:					
Mein Ehegatte/Lebenspartner ist versichert bei:						Versichertennummer:					
Ich benötige eine Haushaltshilfe ab dem _____				bis zum (falls bekannt) _____							
1. Grund der Antragstellung:											
☐ wegen eines Krankenhausaufenthaltes, Datum von _____ bis (falls bekannt) _____											
☐ akute Krankheit ☐ akute Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit ☐ Schwangerschaft/Entbindung											
2. Tätigkeiten, die ich nicht mehr ausführen kann:											
☐ Kinder beaufsichtigen ☐ Mahlzeiten zubereiten ☐ einkaufen ☐ Wäsche waschen											
☐ Kinder versorgen ☐ Wohnung reinigen ☐ heben/tragen über _____ KG											
3. Personen, die im Haushalt leben (Kinder, Eltern, Verwandte, o.ä.):											
Name, Vorname	Geburtsdatum	Kita Kiga o.ä.	Schule Studium	beruflich abwesend	Mo von bis	Di von bis	Mi von bis	Do von bis	Fr von bis	Sa von bis	So von bis
		☐	☐	☐	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr
		☐	☐	☐	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr
		☐	☐	☐	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr
		☐	☐	☐	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr
		☐	☐	☐	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr
		☐	☐	☐	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr
		☐	☐	☐	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr
Werden für eine in ihrem Haushalt lebende Person Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen?											
☐ Nein ☐ Ja, für _____ geb. am _____ wegen Pflegegrad:											
4. Arbeitszeiten:											
Haushaltsführende Person: ☐ nicht berufstätig											
Anschrift der Arbeitsstelle: _____ Kilometer pro Strecke: _____ km											
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag				
Uhrzeit von	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr				
Uhrzeit bis	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr				
Ehegatte/Lebenspartner: ☐ nicht berufstätig											
Anschrift der Arbeitsstelle: _____ Kilometer pro Strecke: _____ km											
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag				
Uhrzeit von	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr				
Uhrzeit bis	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr				
Hinweis: Bitte ergänzen Sie die Arbeitszeiten auch während einer Arbeitsunfähigkeit. Bei Krankheit weiterer im Haushalt lebender Personen fügen Sie bitte ein ärztliches Attest bei. Senden Sie uns bei Schichtdienst einfach den Dienstplan zu. Im Fall einer beruflichen Abwesenheit an Wochenenden oder Feiertagen benötigen wir vom Arbeitgeber einen schriftlichen Nachweis.											

Zurück an die BIG

5. Während der Notwendigkeit einer Haushaltshilfe hat der Ehegatte / Lebenspartner:							
☐ bezahlten Urlaub	von				bis		
☐ unbezahlten Urlaub	von				bis		
Bei getrennt lebenden Elternteilen benötigen wir die Angabe, ob geteiltes Sorgerecht besteht. Falls ja: Informieren Sie uns bitte unter Punkt 8, warum die Betreuung nicht vom anderen Elternteil sichergestellt werden kann.							
Kosten für Haushaltshilfe übernehmen wir nicht, wenn der andere Elternteil im beantragten Zeitraum bezahlten Urlaub, Sonderurlaub o.ä. hat.							
6. Die Haushaltshilfe ist an folgenden Tagen erforderlich:							
Zeitraum: Datum		von				bis	
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Uhrzeit von	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr
Uhrzeit bis	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr
Zeitraum: Datum		von				bis	
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Uhrzeit von	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr
Uhrzeit bis	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr
Zeitraum: Datum		von				bis	
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Uhrzeit von	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr
Uhrzeit bis	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr
7. Angaben zur Haushaltshilfe / Organisation							
Den Haushalt führt weiter: Name, Anschrift der Haushaltshilfe:				verwandt oder verschwägert: ☐ nein			
				☐ ja, und zwar wie folgt:			
Hinweis: Kosten für Haushaltshilfe übernehmen wir nur in Höhe der von uns bewilligten Stundenzahl. Dies erfolgt auch dann, wenn eine stundenweise Freistellung durch den Arbeitgeber nicht möglich ist.							
8. Sonstige Anmerkungen zu meinem Antrag auf Haushaltshilfe:							

Zurück an die BIG

Versichertennummer: |

Haushaltshilfe - Ärztliches Attest

Name, Vorname des Versicherten:

Info an den Arzt: Bitte ergänzen Sie das Formular vollständig.

Ein Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur bei begründeten medizinischen Einschränkungen.

Die Versorgung der Kinder steht gegenüber der Haushaltsführung im Vordergrund. Leben weitere Personen (Ehegatten, Lebenspartner, ältere Kinder,...) im Haushalt, geht die Haushaltsführung auf diese über.

Das Ziel der Haushaltshilfe ist die Sicherstellung der Kinderversorgung und Haushaltsführung unter Berücksichtigung des § 12 SGB V (ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung, nicht das Maß des Notwendigen überschreitend).

1. Angaben zum Grund der Haushaltshilfe mit Diagnose & ICD 10:

Bitte zwingend auswählen:

- Eine medizinische Notwendigkeit der Haushaltshilfe lässt sich jedoch nicht feststellen.
- Es handelt sich um eine chronische Erkrankung ohne akute Verschlimmerung.
- Es handelt sich um eine chronische Erkrankung mit akuter Verschlimmerung; *Datum der akuten Verschlimmerung:* _____
- Eine akute schwere Krankheit liegt vor (Insbes. nach stationären oder ambulanten Krankenhausbehandlungen, ambulanten OP's)
- Eine akute Verschlimmerung einer Krankheit liegt vor.
- Es liegen Beschwerden aufgrund einer Schwangerschaft vor. *Mutmaßlicher Entbindungstermin:* _____
- Eine außergewöhnliche Einschränkung nach Entbindung (Diagnose siehe oben) liegt vor.

2. Welche Funktionseinschränkungen machen den Bedarf der beantragten Haushaltshilfe notwendig?

(z. B. Bettruhe notwendig, laufen an Unterarmgehstützen erforderlich aufgrund Entlastung oder Teilbelastung, etc.)

3. Angaben zum benötigten Bedarf der Haushaltshilfe:

☐ Kinder beaufsichtigen	☐ Kinder versorgen	☐ Wohnung reinigen
☐ einkaufen	☐ Mahlzeiten zubereiten	☐ Wäsche waschen

4. Umfang der benötigten Haushaltshilfe:

Datum von _____ bis _____ für _____ Stunden, täglich an _____ Tagen in der Woche

Datum	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------

-Für die Angaben des Arztes ist die Ziffer 01622EBM 2000plus berechnungsfähig

Nutzen Sie für die Zusendung den für Sie einfachsten Weg:

E-Mail:		Datenschutz bei der BIG Als gesetzliche Krankenkasse gehen wir mit Ihren Daten sensibel und sorgfältig um. In diesem Formular erfragen wir personenbezogene Daten, um einen Antrag auf Haushaltshilfe nach § 38 SGB V (wegen Erkrankung) bzw. § 24h SGB V (wegen Schwangerschaft + Entbindung) zu bearbeiten. Personenbezogene Daten geben wir nur im Rahmen gesetzlicher Vorschriften an Dritte weiter. Hier erhobene Daten speichern wir für 6 Jahre und löschen sie dann.
Fax:		
Post:	BIG direkt gesund Postfach 10 06 42 44006 Dortmund	

Zurück an die BIG

Versichertennummer:																																																																																																																
Erklärung und Quittung zum Antrag auf Haushaltshilfe (bitte nach dem Ende der Tätigkeit ausfüllen)																																																																																																																
Versicherter: _____ Geburtsdatum: _____																																																																																																																
1. Angaben der Haushaltshilfe																																																																																																																
Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____																																																																																																																
Anschrift: _____																																																																																																																
Berufstätig ☐ nein ☐ ja, bei:																																																																																																																
Ich bin mit der Versicherten bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ☐ nein ☐ ja, und zwar: _____																																																																																																																
Bitte unter 2. ausschließlich die Hin- und Rückfahrt(en) angeben, sowie 3. & 5. ausfüllen!																																																																																																																
2. Angaben zum Umfang der erbrachten Haushaltshilfe:																																																																																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Wochentag</th> <th>Montag</th> <th>Dienstag</th> <th>Mittwoch</th> <th>Donnerstag</th> <th>Freitag</th> <th>Samstag</th> <th>Sonntag</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Datum</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Uhrzeit von</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> </tr> <tr> <td>Uhrzeit bis</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> </tr> <tr> <td>Uhrzeit von</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> </tr> <tr> <td>Uhrzeit bis</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> </tr> <tr> <td>tägliche Stunden</td> <td>Std.</td> <td>Std.</td> <td>Std.</td> <td>Std.</td> <td>Std.</td> <td>Std.</td> <td>Std.</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Wochentag</th> <th>Montag</th> <th>Dienstag</th> <th>Mittwoch</th> <th>Donnerstag</th> <th>Freitag</th> <th>Samstag</th> <th>Sonntag</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Datum</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Uhrzeit von</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> </tr> <tr> <td>Uhrzeit bis</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> </tr> <tr> <td>Uhrzeit von</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> </tr> <tr> <td>Uhrzeit bis</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> <td>Uhr</td> </tr> <tr> <td>tägliche Stunden</td> <td>Std.</td> <td>Std.</td> <td>Std.</td> <td>Std.</td> <td>Std.</td> <td>Std.</td> <td>Std.</td> </tr> </tbody> </table>	Wochentag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	Datum								Uhrzeit von	Uhr	Uhrzeit bis	Uhr	Uhrzeit von	Uhr	Uhrzeit bis	Uhr	tägliche Stunden	Std.	Wochentag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	Datum								Uhrzeit von	Uhr	Uhrzeit bis	Uhr	Uhrzeit von	Uhr	Uhrzeit bis	Uhr	tägliche Stunden	Std.																																																												
Wochentag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag																																																																																																									
Datum																																																																																																																
Uhrzeit von	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr																																																																																																									
Uhrzeit bis	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr																																																																																																									
Uhrzeit von	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr																																																																																																									
Uhrzeit bis	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr																																																																																																									
tägliche Stunden	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.																																																																																																									
Wochentag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag																																																																																																									
Datum																																																																																																																
Uhrzeit von	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr																																																																																																									
Uhrzeit bis	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr																																																																																																									
Uhrzeit von	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr																																																																																																									
Uhrzeit bis	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr																																																																																																									
tägliche Stunden	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.																																																																																																									
Dauerte die Unterstützung länger als 2 Wochen? Nutzen Sie bitte ein weiteres Blatt oder die Rückseite um die Anwesenheit zu bestätigen.																																																																																																																
3. Meine Tätigkeiten bestanden aus: (bitte beschreiben)																																																																																																																
4. Für diese Tätigkeit habe ich erhalten:																																																																																																																
_____ € stündlich, insgesamt: _____ € für _____ Stunden																																																																																																																
Hinweis: Einkünfte von Haushaltshilfeleistungen melden Sie bitte selbst Ihrem Finanzamt. Dauern diese länger als 4 Wochen an, informieren Sie bitte Ihre Krankenkasse darüber.																																																																																																																
5. Fahrkosten der bis zum 2. Grad verwandten oder verschwägerten Haushaltshilfe:																																																																																																																
Gefahrene Kilometer pro einfache Strecke: _____ km (Bei alternativen Verkehrsmitteln zum Auto bitte das jeweilige Ticket beifügen)																																																																																																																
Hiermit bestätige ich, dass die Angaben wahrheitsgemäß sind:																																																																																																																
Datum: _____ Unterschrift der Haushaltshilfe: _____																																																																																																																
Datum: _____ Unterschrift der Versicherten _____																																																																																																																
Nutzen Sie für die Zusendung den für Sie einfachsten Weg:																																																																																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">E-Mail:</td> <td style="width: 30%;"></td> <td rowspan="3" style="font-size: small;"> Datenschutz bei der BIG Als gesetzliche Krankenkasse gehen wir mit Ihren Daten sensibel und sorgfältig um. In diesem Formular erfragen wir personenbezogene Daten, um einen Antrag auf Haushaltshilfe nach § 38 SGB V (wegen Erkrankung) bzw. § 24h SGB V (wegen Schwangerschaft + Entbindung) zu bearbeiten. Personenbezogene Daten geben wir nur im Rahmen gesetzlicher Vorschriften an Dritte weiter. Hier erhobene Daten speichern wir für 6 Jahre und löschen sie dann. </td> </tr> <tr> <td>Fax:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Post:</td> <td></td> </tr> </table>	E-Mail:		Datenschutz bei der BIG Als gesetzliche Krankenkasse gehen wir mit Ihren Daten sensibel und sorgfältig um. In diesem Formular erfragen wir personenbezogene Daten, um einen Antrag auf Haushaltshilfe nach § 38 SGB V (wegen Erkrankung) bzw. § 24h SGB V (wegen Schwangerschaft + Entbindung) zu bearbeiten. Personenbezogene Daten geben wir nur im Rahmen gesetzlicher Vorschriften an Dritte weiter. Hier erhobene Daten speichern wir für 6 Jahre und löschen sie dann.	Fax:		Post:																																																																																																										
E-Mail:		Datenschutz bei der BIG Als gesetzliche Krankenkasse gehen wir mit Ihren Daten sensibel und sorgfältig um. In diesem Formular erfragen wir personenbezogene Daten, um einen Antrag auf Haushaltshilfe nach § 38 SGB V (wegen Erkrankung) bzw. § 24h SGB V (wegen Schwangerschaft + Entbindung) zu bearbeiten. Personenbezogene Daten geben wir nur im Rahmen gesetzlicher Vorschriften an Dritte weiter. Hier erhobene Daten speichern wir für 6 Jahre und löschen sie dann.																																																																																																														
Fax:																																																																																																																
Post:																																																																																																																

Zurück an die BIG

9: Bitte erstatten/überweisen Sie auf folgendes Konto:	
IBAN:	Geldinstitut:
BIC:	Kontoinhaber:
Hiermit bestätige ich, dass meine Angaben wahrheitsgemäß sind und ich die BIG über Änderungen in den vorgenannten Angaben unaufgefordert informiere:	
Datum:	Unterschrift:

Bei Fragen bin ich erreichbar:	
E-Mail:	Telefon:

Nutzen Sie für die Zusendung den für Sie einfachsten Weg:		
E-Mail:		Datenschutz bei der BIG Als gesetzliche Krankenkasse gehen wir mit Ihren Daten sensibel und sorgfältig um. In diesem Formular erfragen wir Ihre personenbezogenen Daten, um Ihren Antrag auf Haushaltshilfe nach § 38 SGB V (wegen Erkrankung) bzw. § 24h SGB V (wegen Schwangerschaft + Entbindung) zu bearbeiten. Ihre personenbezogenen Daten geben wir nur im Rahmen gesetzlicher Vorschriften an Dritte weiter. Ihre hier erhobenen Daten speichern wir für 6 Jahre und löschen sie dann.
Fax:		
Post:		