

▶ ANTRAG AUF HAUSHALTSHILFE TEIL 1

Bitte zurück an:

Heimat Krankenkasse
Familienleistungen
Herforder Straße 23
33602 Bielefeld

Von der haushaltsführenden Person auszufüllen

Name, Vorname

Versichertennummer Tätigkeit / Beruf

Anschrift

Ledig Verheiratet Getrennt lebend Geschieden Verwitwet

Arbeitgeber (bitte vollständige Adresse angeben)

Berufstätig an folgenden Tagen:

Montag	von	bis	Std.
Dienstag	von	bis	Std.
Mittwoch	von	bis	Std.
Donnerstag	von	bis	Std.
Freitag	von	bis	Std.
Samstag	von	bis	Std.
Sonntag	von	bis	Std.

Ehepartner(in) / Lebenspartner(in) nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährtin / Lebensgefährte

Name, Vorname

Geburtstag Tätigkeit/Beruf

Selbst krankenversichert bei

Arbeitgeber (bitte vollständige Adresse angeben)

Berufstätig an folgenden Tagen:

Montag	von	bis	Std.
Dienstag	von	bis	Std.
Mittwoch	von	bis	Std.
Donnerstag	von	bis	Std.
Freitag	von	bis	Std.
Samstag	von	bis	Std.
Sonntag	von	bis	Std.

Weitere im Haushalt lebende Personen

Person

1. Name, Vorname	Geburtstag	Verwandtschaftsverhältnis
2. Name, Vorname	Geburtstag	Verwandtschaftsverhältnis
3. Name, Vorname	Geburtstag	Verwandtschaftsverhältnis
4. Name, Vorname	Geburtstag	Verwandtschaftsverhältnis
5. Name, Vorname	Geburtstag	Verwandtschaftsverhältnis

Schul- / Kindergartenbesuch bzw. Arbeitszeit

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von	bis
<input type="checkbox"/>								
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von	bis
<input type="checkbox"/>								
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von	bis
<input type="checkbox"/>								
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von	bis
<input type="checkbox"/>								

Die unter der lfd. Nr. aufgeführte Person ist behindert. Eine ärztliche Bescheinigung über die Art der Behinderung ist beigefügt.

Angaben zur Haushaltsführung

Die Weiterführung des Haushaltes ist mir

in der Zeit vom bis zum nicht möglich wegen:

- einer Erkrankung* eines Kuraufenthaltes
 eines stationären Krankenhausaufenthaltes [bitte Kostenträger eintragen]
 Schwangerschaftsbeschwerden einer Entbindung

* Bitte anliegende ärztliche Bescheinigung von Ihrem Arzt ausfüllen lassen und dem Antrag beifügen!

Der Haushalt wurde bisher geführt von

mir Ehepartner(in) sonstiger Person:

Name, Vorname

Warum kann nicht eine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen? (Die Angaben sind erforderlich für Personen ab dem vollendeten 16. Lebensjahr.)

Ich beantrage

- Verdienstausschlag wegen unbezahlten Urlaubs für meine(n) Ehepartner(in), bzw. Lebensgefährtin/Lebensgefährte (max. 10,00 € pro Stunde für höchstens 8 Stunden).
 Kostenersatz für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe (max. 10,00 € pro Stunde für höchstens 8 Stunden, z. B. Bekannte).
 Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushaltes durch Verwandte.
 Kostenersatz für Haushaltshilfe durch Ersatzkraft einer karitativen Einrichtung.

Name der Einrichtung

Telefon

Fax

Als selbst beschaffte Haushaltshilfe habe ich vorgesehen

Name (und ggf. Geburtsname), Vorname

Berufstätig:

Ja Nein

Anschrift

Arbeitgeber [bitte vollständige Adresse angeben]

Telefon

Mit der / dem Versicherten verwandt oder verschwägert?

Nein Ja [bitte Verwandtschaftsverhältnis eintragen]

Es entstehen mir voraussichtlich Kosten in Höhe von

Euro pro Stunde für

Stunden täglich.

Im Beantragungszeitraum der Haushaltshilfe erfolgt die Betreuung des Kindes / der Kinder

im eigenen Haushalt durch / bei [bitte Person und Ort eintragen]

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückerstattet werden müssen. Änderungen, die sich während der Tätigkeit der Haushaltshilfe ergeben, werde ich der Heimat Krankenkasse unverzüglich mitteilen.

Ort / Datum

Unterschrift

Telefon [tagsüber erreichbar]

Bankverbindung zur Erstattung

Kontoinhaber(in) Name, Vorname [nur wenn abweichend vom Antragsteller]

Name der Bank

IBAN [internationale Kontonummer]¹

BIC [internationale Bankleitzahl]¹

¹ Die IBAN- und BIC-Daten befinden sich auf Ihren Kontobelegen oder Ihrer EC-Karte. Falls Ihnen diese Informationen nicht vorliegen, sprechen Sie bitte Ihre Hausbank an.

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ZUR NOTWENDIGKEIT EINER HAUSHALTSHILFE

Ärztliche Bescheinigung zur Notwendigkeit einer Haushaltshilfe für

Name, Vorname

Hiermit wird bescheinigt, dass o. g. Patient[in] aufgrund einer Erkrankung aus medizinischer Sicht nicht in der Lage ist, den Haushalt zu führen.

Eine Haushaltshilfe ist aus medizinischer Sicht

in der Zeit vom bis zum

für Stunden x wöchentlich erforderlich.

Angaben zur / zum Patientin / Patienten

Grund (Diagnose):

Funktionseinschränkungen / Beschwerdesymptomatik (bitte immer mit angeben):

Liegt ein akute Verschlimmerung der Krankheit vor?

Ja Nein

Wenn ja, seit

Arbeits-/Wegeunfall?

Ja Nein

Erfolgt fachärztliche Mitbehandlung?

Ja Nein

Welche Fachrichtung?

Durch die Haushaltshilfe wird eine Krankenhausbehandlung vermieden:

Ja Nein

Aufgrund der Erkrankung ist strenge Bettruhe einzuhalten:

Ja Nein teilweise

Liegt eine Schwangerschaft vor?

Ja Nein

mutmaßlicher Tag der Entbindung

bereits erfolgte Entbindung am

Ort / Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes / der Klinik