

Servicezeichen: _____



Antrag auf Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft/Entbindung

Die Angaben werden zur Erfüllung der Aufgaben der KKH nach § 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Prüfung von Leistungen der Haushaltshilfe erhoben und verarbeitet. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte unserer Internetseite "www.kkh.de/datenschutz".

	Antragsteller/in								Ehe-/Lebenspartner**, Lebensgefährte							
Vorname Name																
Geburtsdatum																
Familienstand																
Adresse																
Telefon									*)							
E-Mail									*)							
Beschäftigt als									*)							
Beschäftigt bis									*)							
Krankenkasse									*)							
Arbeitszeit (inkl. Fahrzeit)	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So		
Uhrzeit von																
Uhrzeit bis																
bezahlter Urlaub, Sonderurlaub	von/bis								von/bis							

Ich beantrage eine Haushaltshilfe: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	für mich		
<input type="checkbox"/>	meine Ehe-/Lebenspartnerin**	<input type="checkbox"/>	Lebensgefährtin

wegen	von/bis	
<input type="checkbox"/>	stationärer Entbindung	
<input type="checkbox"/>	ambulanter Entbindung	
<input type="checkbox"/>	sonstiger Beschwerden während der Schwangerschaft oder nach der Entbindung <small>(bitte ärztliche Bescheinigung - s. nächste Seite - vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen.)</small>	

Der Haushalt wurde bisher geführt von:

<input type="checkbox"/>	mir	<input type="checkbox"/>	meiner Ehe-/Lebenspartnerin/Lebensgefährtin**	<input type="checkbox"/>	einer anderen im Haushalt lebenden Person
--------------------------	-----	--------------------------	---	--------------------------	---

In meinem Haushalt leben folgende Personen:

Kinder		
Name, Vorname, Geburtsdatum	Schule/Kindergarten oder Betreuung durch Tagesmutter/Au-Pair von/bis	
1.		
2.		
3.		
Behinderte und auf Hilfe angewiesene Kinder		
Name, Vorname, Geburtsdatum	Schule/Kindergarten, sonstige Betreuung von/bis	Art und Umfang der Behinderung
1.		
2.		
3.		

* Diese Angaben sind freiwillig und stehen nicht in Zusammenhang mit der Leistungsgewährung.

** Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die Eingetragene Partnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

Andere Personen im Haushalt		
Name, Vorname, Geburtsdatum	Berufstätig/abwesend von/bis	Kann die Haushaltsführung nicht übernehmen, weil

Die Haushaltshilfe soll durchgeführt werden (Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	durch eine Sozialstation für _____ Stunden/täglich
Name und Anschrift: _____	

<input type="checkbox"/>	durch eine selbst beschaffte Ersatzkraft
Name, Vorname, Geburtsdatum	Anschrift

Die Ersatzkraft ist mit der/dem bisher den Haushalt führenden Versicherten

<input type="checkbox"/>	verwandt/verschwägert bis zum 2. Grad, es handelt sich um _____ (z. B. Mutter, Schwester)
<input type="checkbox"/>	meiner verwandten/verschwägerten Ersatzkraft entsteht Verdienstaussfall (Nachweis ist beigelegt/wird nachgereicht)
<input type="checkbox"/>	meiner verwandten/verschwägerten Ersatzkraft entstehen Fahrkosten (Nachweis ist beigelegt/wird nachgereicht)
<input type="checkbox"/>	nicht verwandt/verschwägert

Die Kinderbetreuung erfolgt

<input type="checkbox"/>	im eigenen Haushalt für _____ Stunden/täglich
<input type="checkbox"/>	im Haushalt der Ersatzkraft für _____ Stunden/täglich

<input type="checkbox"/>	durch meine/n Ehe-/Lebenspartner(in)
Name, Vorname, Geburtsdatum	Anschrift

<input type="checkbox"/>	meiner/m Ehe-/Lebenspartner(in) entsteht wegen der Haushaltsführung Verdienstaussfall (Nachweis ist beigelegt/wird nachgereicht)
--------------------------	--

Ja, ich willige ein, dass die KKH mich zukünftig über KKH Produkte und Services sowie private Zusatzversicherungen unseres Kooperationspartners informiert und mich für Kundenbefragungen kontaktiert. Dies erfolgt per E-Mail, Telefon, Fax oder SMS. Zu diesen Zwecken darf die KKH die von mir angegebenen Daten speichern, verarbeiten und nutzen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit durch formlose Erklärung an die KKH, z. B. per Telefon, E-Mail oder Brief, widerrufen.

Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß vorgenommen habe. Über Änderungen während des laufenden Leistungsfalles werde ich die KKH sofort informieren.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Meine Bankverbindung für eine mögliche Auszahlung lautet:

IBAN: _____ BIC: _____

Kontoinhaber: _____

Angaben des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin

(nicht erforderlich, sofern Haushaltshilfe wegen stationärer oder ambulanter Entbindung beantragt wird)

Frau _____ kann ihren Haushalt
vom _____ bis _____ für _____ Stunden/täglich nicht führen wegen

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Risikoschwangerschaft	Diagnose
<input type="checkbox"/>	Komplikationen in der Schwangerschaft	Diagnose
<input type="checkbox"/>	Erkrankung in der Schwangerschaft	Diagnose
<input type="checkbox"/>	Komplikationen nach der Entbindung	Diagnose
<input type="checkbox"/>	Erkrankung nach der Entbindung	Diagnose

Erforderlich ist

<input type="checkbox"/>	körperliche Schonung	<input type="checkbox"/>	strikte Bettruhe
--------------------------	----------------------	--------------------------	------------------

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes