

Angaben zum Versicherten

Name: _____

Versicherten-Nr.: _____

IKK classic
04063 Leipzig

Antrag auf Gewährung einer Haushaltshilfe

1 Antragsgrund

1.1 Die Weiterführung des Haushalts ist/war mir nicht möglich wegen:

☐	Krankenhausbehandlung	vom		bis	
☐	stationäre Hospizbehandlung	vom		bis	
☐	Mitaufnahme im Krankenhaus als Begleitperson ¹	vom		bis	
☐	Entbindung im Krankenhaus	vom		bis	
☐	stationäre Vorsorge-/Rehabilitationsleistung	vom		bis	
☐	Schwangerschaftsbeschwerden ¹	vom		bis	
☐	ambulanter Entbindung ¹	am			
☐	schwere Krankheit oder akute Verschlimmerung einer Krankheit (z.B. nach stationärem Aufenthalt) ¹	vom		bis	

¹ Bitte ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit beifügen; bei Schwangerschaftsbeschwerden auch die Kopie des Mutterpass!

1.2 Wird die Haushaltshilfe aufgrund einer der nachstehenden Ursachen notwendig? Wenn ja, bitte zutreffendes ankreuzen.

- ☐ Arbeitsunfall
- ☐ Versorgungsleiden
- ☐ Schädigung durch Dritte
- ☐ Berufskrankheit

1.3 Wurden aufgrund der vorliegenden Erkrankung Leistungen zur Rehabilitation beantragt?

- ☐ nein
- ☐ ja
- ☐ Ambulante Rehabilitation
- ☐ Stationäre Rehabilitation
- wenn ja, bei
- ☐ IKK classic
- ☐ Rentenversicherungsträger _____
- ☐ anderer Rehabilitationsträger _____

1.4 Wurden aufgrund der vorliegenden Krankheit Leistungen zur Häuslichen Krankenpflege beantragt?

- ☐ ja
- ☐ nein

2 Angaben zum Haushalt

2.1 In meinem Haushalt leben folgende Kinder bzw. Kinder, die behindert und auf Hilfe angewiesen sind:

Vorname, ggf. abweichender Familienname	Geburtsdatum	Ggf. Angaben zur Art der Behinderung

2.2 Außer mir leben in meinem Haushalt

- ☐ keine erwachsenen Personen ☐ folgende erwachsene Personen

Vorname, ggf. abweichender Familienname	Geburtsdatum	Ehegatte, Lebenspartner (LPartG) oder Oma, Geschwister, Eltern

2.3 Kann der Haushalt von einer der unter 2.1 oder 2.2 genannten Personen weitergeführt werden?

- ☐ ja ☐ nein, bitte kurze Begründung:
-

2.4 Der Haushalt wurde bisher geführt von

- ☐ mir ☐ meinem Ehe-/Lebenspartner ☐ sonstige Person:

2.5 Ich bin

- ☐ nicht berufstätig ☐ berufstätig

Tag	Uhrzeit von - bis	Std.
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

Mein Ehe-/Lebenspartner bzw. sonstige Person ist

- ☐ nicht berufstätig ☐ berufstätig

Tag	Uhrzeit von - bis	Std.
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

2.6 Angaben zur Tätigkeit und zum Arbeitgeber des Ehe-/Lebenspartners bzw. einer sonstigen Person (Name, Anschrift und Tätigkeit im Unternehmen)

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

Vorname Kind:				Vorname Kind:			
Tag	Uhrzeit von - bis	Std.	Kindergarten/ Schule etc.	Uhrzeit von - bis	Std.	Kindergarten/ Schule etc.	
Montag							
Dienstag							
Mittwoch							
Donnerstag							
Freitag							
Samstag							
Sonntag							

3 **Angaben zur Haushaltshilfe**

3.1 Die Haushaltshilfe wird an folgenden Tagen und Stunden benötigt:

Tag	Uhrzeit von - bis	Std.
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

Tag	Uhrzeit von - bis	Std.
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

3.2 Die Weiterführung des Haushalts sowie die Kinderbetreuung werden durch folgende Person/Einrichtung sichergestellt (Name und Anschrift):

3.3 Hierfür werden mir Kosten entstehen

- ☐ in Höhe von _____ € täglich, _____ € stündlich
- ☐ für Verdienstaussfall _____ €

3.4 Ich bin mit der Ersatzkraft verwandt oder verschwägert.

- ☐ nein ☐ ja, wie? _____

3.5 Bitte überweisen Sie den Erstattungsbetrag auf meine Bankverbindung:

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Business Identifier Code)

Kontoinhaber(in)

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

Ort, Datum

Telefonnummer *

Unterschrift Versicherte(r)

Datenschutzhinweis: Die Erhebung Ihrer Daten dient der Bearbeitung Ihres Antrags und beruht auf § 38 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) bzw. § 24h SGB V. Es besteht nach den §§ 60 - 64 SGB I eine gesetzliche Verpflichtung zur Mitwirkung. Wird dieser nicht nachgekommen, können Nachteile bei der Leistungsgewährung entstehen (§ 66 SGB I). Die Angabe der mit * gekennzeichneten Daten ist freiwillig, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widersprechen. Die Angabe der Telefonnummer dient der Rückfrage und wird ausschließlich dafür verwendet. Weitere Informationen dazu finden Sie unter www.ikk-classic.de/datenschutz – auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen gern zu.

Angaben zum Versicherten

Name: _____

Versicherten-Nr.: _____

Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

1 Angaben zum Grund der Haushaltshilfe

Diagnose(n):	
	ICD 10:
	ICD 10:

- ☐ Die/Der o. g. Versicherte benötigt wegen einer schweren Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit (z.B. nach ambulanter bzw. stationärer Krankenhausbehandlung, ambulanter Operation) eine Haushaltshilfe, da ihr/ihm wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.
- ☐ Die o. g. Versicherte benötigt wegen Schwangerschaft eine Haushaltshilfe, da ihr wegen Schwangerschaft die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

2 Angaben zum benötigten Bedarf einer Haushaltshilfe

Die Haushaltshilfe ist notwendig für den Zeitraum:

vom _____ bis _____

für täglich _____ Stunden, an _____ Tagen wöchentlich.

Welche Einschränkungen bestehen, die eine Haushaltshilfe notwendig machen?
(Hinweis: Beschreiben Sie bitte den tatsächlichen Hilfebedarf.)

Tätigkeiten die die/der Versicherte nicht mehr ausüben kann:

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| ☐ Reinigung der Wohnung | ☐ Kochen | ☐ Pflege/Versorgen der Kinder |
| ☐ Beaufsichtigung der Kinder | ☐ Einkaufen | ☐ _____ |

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Ärztin/ Arzt

Angaben zum Versicherten

Name: _____

Versicherten-Nr.: _____

IKK classic
04063 Leipzig

Entgeltbescheinigung für Haushaltshilfe

1 Angaben zur Freistellung

☐ Herr ☐ Frau

Vor- und Nachname

geb. am

wurde von der Arbeit vom _____ bis _____ freigestellt.

2 Allgemeines

2.1 Wurde am ersten Tag der Freistellung teilweise gearbeitet?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wurde für den gesamten Tag Arbeitsentgelt gezahlt?

☐ ja ☐ nein

2.2 Anzahl der Arbeitstage im Freistellungszeitraum: _____ Tag/e

2.3 Für den unter 1 genannten Zeitraum ist der Anspruch auf bezahlten Freistellung

☐ ausgeschlossen durch ☐ Tarifvertrag ☐ Betriebsvereinbarung ☐ Arbeitsvertrag

☐ gegeben für _____ Arbeitstage

2.4 Der unter 2.3 angegebene Anspruch auf bezahlte Freistellung bestand

vom _____ bis _____

3 Arbeitsentgelt

3.1 Die Höhe des während der Freistellung ausgefallenen beitragspflichtigen Arbeitsentgelts einschließlich ausgefallener Sachbezüge und lohnsteuerfreier, jedoch sozialversicherungspflichtiger Zuschläge nach Durchführung der Entgeltumwandlung. Dabei werden einmalig gezahltes Arbeitsentgelt, Kindergeld sowie die Gleitzone Regelung nicht berücksichtigt.

brutto _____ netto _____

3.2 Wurden in den letzten 12 Kalendermonaten vor Beginn der Freistellung beitragspflichtige Einmalzahlungen gewährt?

☐ ja ☐ nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten beruht auf § 284 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), § 98 SGB X und weiteren Vorschriften aus dem SGB. Weitere Informationen dazu finden Sie unter www.ikk-classic.de/datenschutz – auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen gern zu.