

Bitte zurück an:

VIActiv Krankenkasse
 Zentraler Posteingang
 45064 Essen

Antrag auf Haushaltshilfe

1. Antragsteller/-in			
Name	Versichertennummer	geboren am	
Anschrift		Familienstand	
Der Betrag soll auf folgendes Konto überwiesen werden:			
Kreditinstitut:			
IBAN:		BIC:	
Kontoinhaber/-in	Gemeinschaftskonto	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

2. Grund des Antrags	
a) <input type="checkbox"/> Ich bin <input type="checkbox"/> im Krankenhaus / <input type="checkbox"/> zur Rehabilitation.	vom _____ bis _____
Name, Ort _____	Kostenträger _____
b) <input type="checkbox"/> Mein Arzt hat bescheinigt, dass ich wegen einer akuten Erkrankung beziehungsweise akuten Verschlimmerung der Erkrankung meinen Haushalt nicht weiterführen kann.	
Die Erkrankung ist Folge	
<input type="checkbox"/> eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, Unfalltag _____	
<input type="checkbox"/> eines privaten Unfalls, Unfalltag _____	
c) <input type="checkbox"/> Schwangerschaft oder Entbindung	

3. Angaben zum Haushalt							
In meinem Haushalt leben Kinder unter 12 Jahren oder Kinder über 12 Jahren, die aufgrund ihrer Behinderung auf Hilfe angewiesen sind.							
Name, Vorname	geboren am	Schul-/Kindergartenbesuch oder Unterbringung in sonstigen Einrichtungen im beantragten Zeitraum wie folgt:	an folgenden Tagen				von-bis Uhr
Mo	Di		Mi	Do	Fr	Sa	So
1.							
2.							
3.							
4.							
Das Kind _____ ist aufgrund folgender Behinderung auf Hilfe angewiesen:							

2. Seite zum Antrag auf Haushaltshilfe

Krankenkasse

Name:

Versichertennummer:

3. Weitere Angaben zum Haushalt		
In meinem Haushalt leben außer mir folgende Personen über 12 Jahre:		
Name, Vorname	geboren am	Verwandtschaftsverhältnis

Diese können den Haushalt **nicht** weiterführen wegen _____

4. Angaben zur Haushaltsführung					
Mein Haushalt wurde bisher geführt von <input type="checkbox"/> mir <input type="checkbox"/> einer anderen im Haushalt lebenden Person					
<input type="checkbox"/> mir und der anderen im Haushalt lebenden Person <input type="checkbox"/> einer anderen, nicht im Haushalt lebenden Person					
Ich bin normalerweise <input type="checkbox"/> berufsbedingt abwesend (inkl. Fahrzeit).	Tag	Uhrzeit	bis	von	= Stunden
	Montag				
	Dienstag				
	Mittwoch				
	Donnerstag				
	Freitag				
	Samstag				
	Sonntag				
Die anderen im Haushalt lebenden Personen sind normalerweise <input type="checkbox"/> berufsbedingt abwesend (inkl. Fahrzeit). Arbeitgeber: Name: _____ Straße: _____ Ort: _____	Tag	Uhrzeit	von	bis	= Stunden
	Montag				
	Dienstag				
	Mittwoch				
	Donnerstag				
	Freitag				
	Samstag				
	Sonntag				

Angaben zur Haushaltshilfe	
Mein Haushalt wird weitergeführt von _____	
Name und Anschrift _____	
<input checked="" type="radio"/> vom _____ bis _____ an _____ Tagen in der Woche jeweils in der Zeit von _____ Uhr bis _____ Uhr = _____ Stunden.	
<input checked="" type="radio"/> Hierfür entstehen mir Kosten in Höhe von <input type="checkbox"/> tägl. _____ Euro / <input type="checkbox"/> stündl. _____ Euro.	
<input checked="" type="radio"/> Ich bin mit der Ersatzkraft verwandt oder verschwägert. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie? _____	
<input checked="" type="radio"/> Die andere im Haushalt lebende Person ist mit der Ersatzkraft verwandt oder verschwägert. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie? _____	
Während der Zeit, für die ich Haushaltshilfe beantrage, hat die andere im Haushalt lebende Person	
<input type="checkbox"/> bezahlten Urlaub <input type="checkbox"/> unbezahlten Urlaub <input type="checkbox"/> eine bezahlte Freistellung vom _____ bis zum _____.	
Ich beantrage, die Kosten für die Haushaltshilfe in angemessener Höhe zu erstatten.	

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

Datum _____ Unterschrift _____ Telefon tagsüber (freiwillige Angabe) _____

Datenschutzhinweis:

Die VIACTIV Krankenkasse, Universitätsstr. 43, 44789 Bochum, verarbeitet personenbezogene Daten zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags als Sozialversicherungsträger. Dies ist insbesondere im Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) geregelt. Weitere Informationen gemäß der Artikel 12 ff. DS-GVO finden Sie in unseren „Informationen zum Datenschutz“, die Sie unter viactiv.de/datenschutz oder in einem unserer Service-Center einsehen können. Gerne senden wir Ihnen die Informationen auch per Mail (service@viactiv.de) oder per Post zu – einfach unter der 0800 222 12 11 kostenfrei anrufen.

Bitte zurück an:

VIActiv Krankenkasse
Zentraler Posteingang
45064 Essen

Ärztliches Attest zur Beantragung von Haushaltshilfe für

Name	
geboren am	Versichertennummer
Anschrift	

Die oben genannte Patientin befindet sich in meiner Behandlung.

Aufgrund dieser Diagnosen liegen Einschränkungen vor beim:

- Heben und Tragen von Gegenständen
- feinmotorischen Hand- oder Armgebrauch
- Gehen in der Wohnung und im Wohnumfeld
- Sonstiges _____

Es handelt sich um einen akuten Schub einer chronischen Erkrankung: nein ja, seit

Es liegt ein Pflege- oder ein nicht besserungsfähiger Dauerzustand vor: nein ja, seit

Durch die Haushaltshilfe wird ein Krankenhausaufenthalt verkürzt beziehungsweise vermieden: nein ja, seit

Es ist Bettruhe erforderlich: nein ja, seit

Welche hauswirtschaftlichen Tätigkeiten können aufgrund der Erkrankung noch verrichtet werden?

Eine Haushaltshilfe ist für die Zeit vom _____ bis _____ für täglich _____ Stunden notwendig.

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes