

Bitte zurück an: BKK exklusiv, Hauptverwaltung, 31273 Lehrte

Antrag auf Haushaltshilfe (Seite 1)

Die nachstehenden Daten sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB) erhoben und zum Zwecke der Datenverarbeitung gespeichert.

Personalien des Mitglieds																	
Name, Vorname und ggf. Geburtsname	Versichertennummer	Tätigkeit/Beruf	Berufstätig an folgenden Tagen <table border="1"> <tr> <th>Mo</th> <th>Di</th> <th>Mi</th> <th>Do</th> <th>Fr</th> <th>Sa</th> <th>So</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> von-bis Uhr	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So							
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So											
Anschrift		Arbeitgeber/Versichertenverhältnis															

☐ Ehegatte ☐ Lebenspartner/in ☐ Lebensgefährte/in																	
Name, Vorname und ggf. Geburtsname	Geburtstag	Arbeitgeber	Berufstätig an folgenden Tagen <table border="1"> <tr> <th>Mo</th> <th>Di</th> <th>Mi</th> <th>Do</th> <th>Fr</th> <th>Sa</th> <th>So</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> von-bis Uhr	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So							
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So											
Selbst krankenversichert bei																	

Kinder unter 16 Jahren/behinderte Kinder																	
Name, Vorname	Geburtstag	Das Kind wurde betreut	an folgenden Tagen <table border="1"> <tr> <th>Mo</th> <th>Di</th> <th>Mi</th> <th>Do</th> <th>Fr</th> <th>Sa</th> <th>So</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> von-bis Uhr	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So							
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So											
1.		☐ im Kindergarten, Tagesstätte usw. ☐ sonstige Betreuung außer Haus															
2.		☐ im Kindergarten, Tagesstätte usw. ☐ sonstige Betreuung außer Haus															
3.		☐ im Kindergarten, Tagesstätte usw. ☐ sonstige Betreuung außer Haus															

Das unter der lfd. Nr. ____ aufgeführte Kind ist behindert. Eine ärztliche Bescheinigung über die Art der Behinderung ist beigelegt.

Weitere im Familienhaushalt des Versicherten lebende Personen																	
Name, Vorname	Geburtstag	Kann den Haushalt nicht weiterführen, weil (Angabe des Grundes):	an folgenden Tagen <table border="1"> <tr> <th>Mo</th> <th>Di</th> <th>Mi</th> <th>Do</th> <th>Fr</th> <th>Sa</th> <th>So</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> von-bis Uhr	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So							
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So											

In Behandlung begibt/befindet sich ☐ der/die Versicherte selbst ☐ der Ehegatte/ die Ehegattin
☐ der Lebenspartner / die Lebenspartnerin
☐ der Lebensgefährte / die Lebensgefährtin

Krankenhaus/Entbindungsstation/Kurheim	seit	Krankheitsursache
Häusliche Krankenbehandlung durch Dr. med.	seit	Krankheitsursache

Bemerkungen:

Bitte zurück an:

BKK exklusiv, Hauptverwaltung, 31273 Lehrte

Antrag auf Haushaltshilfe (Seite 2)

Die nachstehenden Daten sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB) erhoben und zum Zwecke der Datenverarbeitung gespeichert.

Ich beantrage

☐ Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushalts durch Verwandte

☐ angemessenen Kostenersatz für eine selbst beschaffte fremde Haushaltshilfe

☐ Kostenersatz für Haushaltshilfe durch Ersatzkraft einer caritativen Einrichtung wie z.B. Sozialstation

☐ Ersatz für Verdienstausfall wegen unbezahltem Urlaub

☐ Vermittlung einer Haushaltshilfe durch die Krankenkasse

Die Gewährung von Haushaltshilfe ist notwendig, weil keine der im Haushalt lebenden Personen den Haushalt weiterführen kann.

Der Haushalt

wurde bisher geführt

☐ von mir

☐ von meiner/m Ehegatten/in

☐ von einer sonstigen Person

☐ von meiner/m Lebenspartner/in

☐ von meiner/m Lebensgefährten/in

Für die Dauer der genannten Behandlung wird das unter 16 Jahre alte Kind regelmäßig an folgenden Tagen der Woche untergebracht:

entsprechende Tage
ankreuzen

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

außerhalb meines Haushalts,

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

bei:

Name

Anschrift

Als selbstbeschaffte Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

Name, Vorname sowie ggfs. Geburtsname, Anschrift

berufstätig

☐ ja ☐ nein

Arbeitgeber

Mit dem Versicherten verwandt oder verschwägert?

☐ nein ☐ ja, und zwar

Ist die Haushaltshilfe mit Ihnen bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert, können nur die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstausfall erstattet werden, vorausgesetzt, dass diese in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten stehen. Für die Haushaltshilfe ist eine Zuzahlung in Höhe von 10 v.H. der Kosten (10 %, mindestens 5,00 Euro, maximal 10,00 Euro) zu leisten.

Es entstehen mir (voraussichtlich) Kosten von _____ € je Stunde für _____ Stunden täglich.

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

Datum, Unterschrift

Telefonnummer

Meine Bankverbindung

IBAN

BIC

Bank

Bitte zurück an: BKK exklusiv, Hauptverwaltung, 31273 Lehrte

ABRECHNUNG DER HAUSHALTSHILFE

Angaben erfolgen in Euro

Personalien der Haushaltshilfe			
Name, Vorname und ggf. Geburtsname	Geburtstag	Familienstand	berufstätig? ☐ Ja ☐ Nein
Anschrift		Mit dem Versicherten verwandt oder verschwägert? ☐ Nein ☐ Ja, und zwar	

Bestätigung der Haushaltshilfe / Tätigkeitsnachweis											
Datum	Uhrzeit von-bis	Std.	Datum	Uhrzeit von-bis	Std.	Datum	Uhrzeit von-bis	Std.	Datum	Uhrzeit von-bis	Std.
zusammen			zusammen			zusammen			zusammen		
Ich bestätige, dass über die gesamte Zeit die Haushaltshilfe von keiner im Haushalt lebenden Person erbracht werden konnte und auch von keiner anderen Stelle für die Haushaltshilfe Leistungen gewährt werden.											
Ich bitte um Überweisung auf:			IBAN				Bezeichnung des Geldinstituts				
Datum _____ Unterschrift des Versicherten _____											

Auslagenersatz (nur für Verwandte)	
Fahrkosten _____ mal von _____ nach _____ Betrag _____	
Verdienstausschlag lt. anliegender Bescheinigung des Arbeitgebers _____ Arbeitsstunden je Betrag	
Sonstige Auslagen: _____ Betrag _____	

Empfangsbestätigung der Haushaltshilfe (gilt nicht für Verwandte)	
Es wurden mir vom Versicherten bezahlt	
_____ Stunden je Betrag _____	Betrag _____
sowie folgende Auslagen:	
_____	Betrag _____
Datum _____ Unterschrift der Haushaltshilfe _____	

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

für _____, KV-Nr.: _____

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

_____ benötigt in der Zeit

vom _____ bis _____

eine Haushaltshilfe für _____ Stunden kalendertäglich/ werktäglich/ arbeitstäglich/ wöchentlich
(Unzutreffendes bitte streichen).

Diagnosen und Begründung: _____

Voraussichtliches Ende der Behandlung:

☐ nicht absehbar

☐ voraussichtlich: _____

Datum

Stempel/Unterschrift des behandelnden Arztes

Für die Beantwortung dieser Anfrage ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig.