

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 Zweck der Datenverarbeitung gespeichert.

Angabe über die Haushaltsführung vor dem Tag, von dem an Haushaltshilfe beantragt wird

Ich bin infolge meiner Beschäftigung nicht zu Hause:

Montag bis Freitag von _____ bis _____ Uhr

Samstag von _____ bis _____ Uhr

Sonntag von _____ bis _____ Uhr

Mein Ehe-/Lebenspartner/Lebensgefährte ist infolge seiner Beschäftigung nicht zu Hause:

Montag bis Freitag von _____ bis _____ Uhr

Samstag von _____ bis _____ Uhr

Sonntag von _____ bis _____ Uhr

Der Haushalt wurde bisher geführt von

mir

meinem Ehegatten/Lebenspartner oder- gefährten

einer anderen im Haushalt lebenden Person

Die Kinder wurden bisher betreut durch:

Name der Person oder Einrichtung

Angaben zur gewünschten Haushaltshilfe

Ich wünsche

den Einsatz einer von mir beschafften Haushaltshilfe. Sie ist nicht bis zum 2. Grad mit mir verwandt oder verschwägert. Als Haushaltshilfe soll tätig werden:

Name, Vorname und Anschrift

Die Haushaltshilfe soll meinen Haushalt weiterführen.

Die Haushaltshilfe soll mein Kind/meine Kinder in ihrem Haushalt betreuen.

den Einsatz einer von mir beschafften Haushaltshilfe; sie ist bis zum 2. Grad mit mir verwandt bzw. verschwägert.

Name, Vorname und Anschrift

Der Haushaltshilfe entsteht Verdienstaussfall Fahrkosten (Die Nachweise füge ich bei bzw. reiche ich nach)

für meinen Ehegatten/Lebenspartner oder –gefährten den Ersatz für den Verdienstaussfall wegen unbezahlten Urlaubs. (Bitte beachten die, dass bei unbezahlten Urlaub nach Ablauf eines Monats ggf. die gesetzliche Krankenversicherung beendet werden muss.)

Name und Anschrift des Arbeitgebers

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

Name und Anschrift der caritativen Einrichtung

Vermittlung einer Haushaltshilfe (caritativen Einrichtung) durch die Krankenkasse.

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 BKK24 unverzüglich mitteilen.

Für den Fall, dass mir rückwirkend eine Pflegebedürftigkeit größer Pflegegrad 1 zuerkannt wird, bin ich mit der Aufrechnung des Pflegegeldes einverstanden.

Ort, Datum

Telefonnummer

Unterschrift

Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

Name, Vorname des/der Versicherten: _____ ,

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnummer: _____

Die Haushaltshilfe ist erforderlich wegen

akuter Erkrankung

Schwangerschaftsbeschwerden/Entbindung

akuter Verschlimmerung einer Erkrankung oder schwerer Krankheit

nach Krankenhausaufenthalt vom _____ bis _____

nach ambulanter Krankenhausbehandlung vom _____ bis _____

nach einer ambulanten Operation vom _____ bis _____

Der obengenannte Versicherte ist zur Weiterführung des Haushaltes

nicht mehr

nur eingeschränkt in der Lage

Folgende Tätigkeiten können bzw. dürfen nicht ausgeübt werden

Kochen, Essen zubereiten Einkaufen Wäsche waschen

Reinigung der Wohnung Bügeln Heben und Tragen ab _____ kg

Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder

Die Haushaltshilfe wird benötigt

vom _____ bis _____ für jeweils _____ Stunden pro

Tag, für _____ Tage pro Woche.

Grund (festgestellte Diagnose und Befunde):

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig.