

**Bitte zurück an:  
BKK24 - Sülbecker Brand 1 - 31683 Obernkirchen**

**Antrag auf Haushaltshilfe**

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.

Personalien des Mitglieds								
Name, Vorname und ggf. Geburtsname ,	Versichertennummer	Tätigkeit/Beruf	Berufstätig an folgenden Tagen					von-bis Uhr
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	
Anschrift ,		Arbeitgeber/Versicherungsverhältnis						

Bankverbindung	
Name des Geldinstituts	
Bankleitzahl	Kontonummer
IBAN	BIC
Kontoinhaber	

Ehegatte								
Name, Vorname und ggf. Geburtsname	Geburtstag	Tätigkeit/Beruf	Berufstätig an folgenden Tagen					von-bis Uhr
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	
selbst krankenversichert bei								

Kinder unter 12 Jahren/behinderte Kinder										
Name, Vorname	Geburtstag	das Kind wird betreut	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von-bis Uhr
			<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw.							
		<input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus								
		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw.								
		<input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus								
		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw.								
		<input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus								

Das unter der lfd. Nr. \_\_\_\_\_ aufgeführte Kind ist behindert. Eine ärztliche Bescheinigung über die Art der Behinderung ist beigefügt.

Weitere im Familienhaushalt des Versicherten lebende Personen									
Name, Vorname	Geburtstag	kann den Haushalt nicht weiterführen, weil (Angabe des Grundes)	Berufstätig an folgenden Tagen						von-bis Uhr
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	

In Behandlung begibt/befindet sich  der Versicherte selbst  der Ehegatte

Krankenhaus/Entbindungsstation/Kurheim	seit	Krankenhausursache
Häusliche Krankenhausbehandlung durch Dr. med.	seit	Krankenhausursache

, , KV-Nr.

**Bitte zurück an:  
BKK24, Sülbecker Brand 1, 31683 Obernkirchen**

**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.

Ich beantrage

Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushaltes durch Verwandte

angemessenen Kostenersatz für eine selbst beschaffene fremde Haushaltshilfe

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

Ersatz für Verdienstaussfall wegen unbezahltem Urlaub

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

Der Haushalt wurde bisher

von mir

von meinem Ehegatten

von sonstiger Person geführt.

Für die Dauer der genannten Behandlung wird das unter 12 Jahre alte Kind regelmäßig an folgenden Tagen der Woche untergebracht:

entsprechende Tage ankreuzen

in meinem Haushalt

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

außerhalb meines Haushaltes:

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

bei:

\_\_\_\_\_ Name

\_\_\_\_\_ Anschrift

Als selbstbeschaffte Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

Name, Vorname sowie ggf. Geburtsname, Wohnort	Beruf
Arbeitgeber	

Mit dem Versicherten verwandt oder verschwägert?

nein

ja, und zwar

Ist die Haushaltshilfe mit Ihnen zum 2. Grade verwandt oder verschwägert, können nur die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstaussfall erstattet werden, vorausgesetzt, dass diese in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten stehen.

**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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\*Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

# Ärztliche Bescheinigung zum Antrag auf Haushaltshilfe

Name, Vorname des/der Versicherten: \_\_\_\_\_ ,

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Die Weiterführung des Haushalts ist wegen Krankheit für folgenden Zeitraum

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

und für \_\_\_\_\_ Stunden täglich

nicht möglich.

Die Weiterführung des Haushaltes ist aus folgenden Gründen nicht möglich (bitte Diagnose und ausführliche Begründung angeben):

---

---

---

---

---

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes