

BKK24
Hauptverwaltung
31681 Obernkirchen

Senden Sie uns das ausgefüllte Formular gerne per Post oder per E-Mail an uns zurück.



info@bkk24.de

ANTRAG AUF HAUSHALTSHILFE

PERSONALIEN DES MITGLIEDS

Name													
Vorname							Versicherten- Nummer						
Straße													
PLZ					Ort								
Telefonnummer													
Bankverbindung													
Name d. Geldinstituts													
Kontoinhaber													
IBAN							BIC						

DIE WEITERFÜHRUNG DES HAUSHALTES IST MIR ZURZEIT NICHT MÖGLICH. ICH BEANTRAGE HAUSHALTSHILFE WEGEN:

<input type="checkbox"/> einer stationären Krankenhausbehandlung	von	T T M M J J J J	bis	T T M M J J J J
<input type="checkbox"/> einer Reha-Maßnahme/Kur	von	T T M M J J J J	bis	T T M M J J J J
<input type="checkbox"/> einer akuten Erkrankung	von	T T M M J J J J	bis	T T M M J J J J
<input type="checkbox"/> einer schweren Krankheit oder akuten Verschlimmerung einer Krankheit (insbesondere nach einer stationären oder ambulanten Krankenhausbehandlung, ambulanter Operation)	von	T T M M J J J J	bis	T T M M J J J J
<input type="checkbox"/> einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Begleitung eines Versicherten (z. B. zur stationären Krankenhausbehandlung)	von	T T M M J J J J	bis	T T M M J J J J
<input type="checkbox"/> eines Arbeitsunfalles	von	T T M M J J J J	bis	T T M M J J J J

Stand September 2024

ANGABEN ZUM HAUSHALT

Ich lebe mit meinem Ehepartner/Lebenspartner zusammen im Haushalt ja nein

In meinem Haushalt leben folgende Kinder: (bitte auch nicht versicherte Kinder auflisten und ggf. angeben, ob ein behindertes Kind in Ihrem Haushalt lebt)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krippe/Kindergarten/Schule o. ä.	täglich von – bis Uhr
			– Uhr

In meinem Haushalt leben außer mir noch folgende Personen: (bitte auch nicht versicherte Angehörige auflisten)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandschaftsverhältnis	Führt den Haushalt nicht weiter, weil

Haben Sie einen Antrag auf die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit gestellt oder wollen Sie dies in Kürze tun?

ja nein

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																								
Straße																								
PLZ					Ort																			

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

Name, Vorname																								
Straße																								
PLZ					Ort																			

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 d. Arbeitgebers																								
Straße																								
PLZ					Ort																			

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

Name d. caritativen Einr.																								
Straße																								
PLZ					Ort																			

- Vermittlung einer Haushaltshilfe (caritativen Einrichtung) durch die Krankenkasse. Mit der Weitergabe meiner Daten erkläre ich mich einverstanden.

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.

Datum	T	T	M	M	J	J	J	J	Unterschrift															
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hinweis zum Datenschutz

Die 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. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit. Die Daten werden aufgrund des §45 SGB V und im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen bei der BKK24 gespeichert.

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ÜBER DIE MEDIZINISCHE NOTWENDIGKEIT EINER HAUSHALTSHILFE

PERSONALIEN

Name															Geburtsdatum		T	T	M	M	J	J	J	J
Vorname															Versicherten- Nummer									
Straße																								
PLZ					Ort																			

Die Haushaltshilfe ist erforderlich wegen

- akuter Erkrankung
 Schwangerschaftsbeschwerden/Entbindung
 akuter Verschlimmerung einer Erkrankung oder schwerer Krankheit

<input type="checkbox"/> nach Krankenhausaufenthalt	vom	T	T	M	M	J	J	J	J	bis	T	T	M	M	J	J	J	J
<input type="checkbox"/> nach ambulanter Krankenhausbehandlung	vom	T	T	M	M	J	J	J	J	bis	T	T	M	M	J	J	J	J
<input type="checkbox"/> nach einer ambulanten Operation	vom	T	T	M	M	J	J	J	J	bis	T	T	M	M	J	J	J	J

eines Arbeitsunfalles

Grund (festgestellte Diagnose und Befunde):

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 Heben und Tragen ab kg
 Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder Bügeln Reinigung der Wohnung

Die Haushaltshilfe wird benötigt

vom bis für jeweils Stunden pro Tag, für Tage pro Woche.

Name des Arztes/ der Ärztin																		
Straße																		
PLZ					Ort													
Datum	<input type="text" value="TTMMJJJJ"/>				Unterschrift/Stempel													

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