

## Antrag auf Haushaltshilfe

Allgemeine Angaben der versicherten Person (von der haushaltsführenden Person auszufüllen)

Name		Geburtsdatum					
Vorname		Krankenversichertenummer					
Anschrift							
Telefon				E-Mail (freiwillige Angabe)			
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend							
Tätigkeit / Beruf				Arbeitgeber (Bitte vollständige Adresse angeben)			
Arbeitszeiten (Arbeitszeiten inklusive Fahrweg / bei Schichtarbeit bitte Kopie des Schichtplanes beifügen)							
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
von – bis Uhr							

Ehegatte/Lebenspartner; Lebensgefährte in Häuslicher Gemeinschaft

Name		Geburtsdatum					
Vorname							
Anschrift							
Selbst krankenversichert bei				Krankenversichertenummer			
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend							
Tätigkeit / Beruf				Arbeitgeber (Bitte vollständige Adresse angeben)			
Arbeitszeiten (Arbeitszeiten inklusive Fahrweg / bei Schichtarbeit bitte Kopie des Schichtplanes beifügen)							
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
von – bis Uhr							

Kinder im Haushalt/behinderte Kinder (bitte Nachweis beifügen)

Name, Vorname		Geburtsdatum					
Das Kind wird/wurde betreut		<input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> So					
<input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Tagesstätte <input type="checkbox"/> Tagesmutter <input type="checkbox"/> Schulbesuch <input type="checkbox"/> anderweitige Versorgung		von – bis Uhr					
Name, Vorname		Geburtsdatum					
Das Kind wird/wurde betreut		<input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> So					
<input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Tagesstätte <input type="checkbox"/> Tagesmutter <input type="checkbox"/> Schulbesuch <input type="checkbox"/> anderweitige Versorgung		von – bis Uhr					
Name, Vorname		Geburtsdatum					
Das Kind wird/wurde betreut		<input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> So					
<input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Tagesstätte <input type="checkbox"/> Tagesmutter <input type="checkbox"/> Schulbesuch <input type="checkbox"/> anderweitige Versorgung		von – bis Uhr					

Weitere im Haushalt lebende Personen

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Kann den Haushalt nicht weiterführen weil...

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

**Der Haushalt wurde bisher**  von mir  von meinem Ehegatten  von einer sonstigen Person geführt

Begründung (eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung ist beizufügen)

**Die Weiterführung des Haushaltes ist mir nicht möglich wegen**

akuter Erkrankung  akuter Verschlimmerung einer Erkrankung/schweren Krankheit

nach ambulanter OP am \_\_\_\_\_  eines privaten Unfalls

Arbeitsunfalls/Berufskrankheit  Krankenhausbehandlung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

ambulanten/stationären Rehabilitationsmaßnahme von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Kostenträger: \_\_\_\_\_

Schwangerschaftsbeschwerden (bitte mutmaßlichen Entbindungstermin angeben) \_\_\_\_\_

Entbindung (bitte Tag der Entbindung angeben) \_\_\_\_\_

Beantragung

Verdienstausschlag wegen unbezahlten Urlaubs für meinen Ehepartner bzw. Lebensgefährten  
Unbezahlter Urlaub von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Kostenersatz für eine selbstbeschaffte, fremde Haushaltshilfe (z. B. Freunde/Bekannte/Nachbarn)

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
<b>Anschrift</b>	<b>Vereinbarte Stundenvergütung</b> €

Auslagenersatz (Verdienstausschlag, Fahrkosten für die Weiterführung des Haushalts durch Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grad)

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
<b>Anschrift</b>	<b>Berufstätig</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Verwandtschaftsverhältnis</b>	

Beschaffung der Haushaltshilfe durch die BKK Linde über einen unserer Kooperationspartner (eine Übersicht der Kooperationspartner finden Sie auf [www.bkkln.de/haushaltshilfe](http://www.bkkln.de/haushaltshilfe)). Ich bin mit der Weiterleitung der hierfür notwendigen Daten durch die BKK Linde an einen Kooperationspartner einverstanden.

Kostenersatz für Haushaltshilfe durch die Ersatzkraft einer selbstbeschafften caritativen Einrichtung

**Name und Anschrift der Einrichtung**

Haushaltshilfe wird benötigt an folgenden Tagen

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>von – bis Uhr</b>							

Für die Leistung der Haushaltshilfe nach § 38 SGBV, § 24h SGB V oder § 54 SGB XI benötigen wir die geforderten Angaben. Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 60 SGB I. Fehlende oder unvollständige Angaben können zu nachteiligen Folgen und ggf. zum Versagen des Leistungsanspruchs führen. Die erhobenen Daten werden unter Beachtung des Sozialgeheimnisses (§35 SGB I) nur im Rahmen der gesetzlichen Aufgabenerfüllung BKK Linde verwendet und sind zwecks gebunden. Ich versichere die Richtigkeit dieser Angaben. Sie können jederzeit nachgeprüft werden. Mir ist bekannt, dass ich eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich der BKK Linde mitteilen muss. Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückerstattet werden.

Bankverbindung

<b>IBAN</b>	<b>BIC</b>
<b>Name des Kontoinhabers</b>	

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_



## Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

Allgemeine Angaben der versicherten Person (von der haushaltsführenden Person auszufüllen)

Name	Geburtsdatum
Vorname	Krankenversicherthenummer

Der/Die Versicherte ist zur Weiterführung des Haushaltes ab dem \_\_\_\_\_

nicht mehr in der Lage     
  nur eingeschränkt in der Lage

### Die Haushaltshilfe ist notwendig

Von (Datum)	Bis (Datum)
für _____ Stunden	<input type="checkbox"/> pro Arbeitstag <input type="checkbox"/> pro Tag <input type="checkbox"/> pro Woche

### Die Haushaltshilfe ist notwendig wegen

akuter Erkrankung     
  chronischer Erkrankung     
  Schwangerschaft/Entbindung  
 akuter Verschlimmerung einer Erkrankung/schweren Krankheit     
  nach ambulanter OP  
 nach stationärer Krankenhausbehandlung     
  nach stationärer Rehabilitationsmaßnahme

wegen folgender Erkrankungen

Diagnosen: \_\_\_\_\_

### Folgende Einschränkungen liegen vor

Zubereiten der Mahlzeiten     
  Reinigen der Wohnung     
  Einkaufen     
  Wäsche waschen  
 Beaufsichtigung/Betreuung der Kinder     
  Komplette Bettruhe wurde verordnet  
 Eine teilweise Einschränkung in der Haushaltsführung oder Kinderbetreuung liegt vor  
 Heben/Tragen ab \_\_\_\_\_ kg     
  kein Bücken möglich  
 vollständige Bewegungsunfähigkeit liegt vor  
 Stehen für \_\_\_\_\_ Std. täglich möglich     
  Gehilfe für \_\_\_\_\_ Tage nötig

### Ergänzende Angaben bei orthopädischen Erkrankungen

Teilbelastung ab \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_ kg möglich  
 Vollbelastung ab \_\_\_\_\_

### Ergänzende Hinweise:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_