

Antrag auf Haushaltshilfe

Personalien des Mitglieds

		Berufstätig an folgenden Tagen							von/bis
		Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Name, Vorname und ggf. Geburtsname	Versichertennummer	Tätigkeit/Beruf							
Anschrift		Arbeitgeber/Versicherungsverhältnis							

Personalien des Ehegatten oder der Ehegattin

		Berufstätig an folgenden Tagen							von/bis
		Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Name, Vorname und ggf. Geburtsname	Geburtsname	Tätigkeit/Beruf							
selbst krankenversichert bei									

Kinder unter 12 Jahren/behinderte Kinder

		An folgenden Tagen betreut							von/bis
		Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Name, Vorname des ersten Kindes	Geburtsname	im Kindergarten, Tagesstätte usw.							
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		sonstige Betreuung, außer Haus							
Name, Vorname des zweiten Kindes	Geburtsname	im Kindergarten, Tagesstätte usw.							
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		sonstige Betreuung, außer Haus							
Name, Vorname des dritten Kindes	Geburtsname	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

		Berufstätig an folgenden Tagen							von/bis
		Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Name, Vorname der ersten Person	Geburtsname	Grund für Haushaltshilfe							
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Name, Vorname der zweiten Person	Geburtsname	Grund für Haushaltshilfe							
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Name, Vorname der dritten Person	Geburtsname	Grund für Haushaltshilfe							

In Behandlung begibt/befindet sich ☐ der Versicherte selbst ☐ der Ehegatte

Haushaltshilfe wird beantragt für die Zeit vom _____ bis _____

Krankenhaus/Entbindungsstation/Kurheim	seit	Krankenhausursache
Häusliche Krankenbehandlung verordnet durch	seit	Erkrankungsursache

Antrag auf Haushaltshilfe

Ich beantrage ☐ Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushaltes durch Verwandte ☐ angemessenen Kostenersatz für eine selbstbeschaffte fremde Haushaltshilfe ☐ Kostenersatz für Haushaltshilfe durch Ersatzkraft einer caritativen Einrichtung wie z. B. Sozialstation ☐ Ersatz für Verdienstausschlag 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 ☐ meinem Ehegatten/meiner Ehegattin ☐ sonstiger Person geführt. Für die Dauer der genannten Behandlung wird das unter 12 Jahre alte Kind regelmäßig an folgenden Tagen der Woche untergebracht:

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
☐ in meinem Haushalt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐ außerhalb meines Haushalts	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Name (außerhalb meines Haushalts)

Anschrift (außerhalb meines Haushalts)

Als selbstbeschaffte Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

Name, Vorname sowie ggf. Geburtsname, Anschrift

Beruf/Arbeitgeber

Arbeitgeber

Mit dem oder der Versicherten verwandt oder verschwägert? ☐ nein ☐ ja

Verwandtschaftsverhältnis

Ist die Haushaltshilfe mit Ihnen zum 2. Grade verwandt oder verschwägert, können nur die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstausschlag 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 _____ 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.

Bitte geben Sie uns für eine schnelle Kontaktaufnahme Ihre Telefonnummer

Datum, Ort

Unterschrift

Datenschutzhinweis: Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der novitas bkk erforderlich. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie im Internet unter novitas-bkk.de/datenschutz.