BKK SCHEUFELEN

ANTRAG AUF HAUSHALTSHILFE

1. PERSÖNLICHE ANGABEN: Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen!

Name: ______________________________

Vorname: ____

Krankenversichertennummer: _________________________

Adresse: ____

Telefonnummer: _________________________

► Ich benötige / beantrage eine Haushaltshilfe aufgrund von:

☐ einer akuten Erkrankung *bitte die beigefügte Bescheinigung ausfüllen lassen!*

☐ einer Schwangerschaft, voraussichtlicher ET_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ *bitte die beigefügte Bescheinigung ausfüllen lassen!*

☐ einem stationären Krankenhausaufenthalt / Reha- bzw. Kurmaßnahme

im Zeitraum von _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ In dieser Zeit habe ich bzw. mein Ehegatte / Partnerin Anspruch auf bezahlten bzw. unbezahlten Urlaub von _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _

► Ich benötige Unterstützung in folgenden Umfang:

☐ Kinder betreuen und beaufsichtigen

☐ Wäsche waschen

☐ Mahlzeiten zubereiten

☐ Wohnung reinigen

☐ Einkaufen

☐ Sonstiges _

☐ Ich bin berufstätig/selbstständig* an folgenden Tagen – Uhrzeit von/bis:

*selbstständig als _

☐ Schichtarbeit?

Uhrzeit von/bis:	☐ Mo	☐ Di	☐ Mi	☐ Do	☐ Fr	☐ Sa	☐ So

☐ Ich bin nicht berufstätig.

2. ANGABEN ZU DEN PERSONEN IM HAUSHALT DES/DER ANTRAGSTELLERS/IN: Bitte immer angeben!

Im Haushalt lebt/en folgende Person/en:

☐ ► Ehe-Lebenspartner/in:

Name, Vorname: ____

Krankenversichertennummer: ______________________________

Krankenversicherung: ______________________________

Berufstätig an folgenden Wochentagen (von/bis)

☐ Schichtarbeit

Uhrzeit von/bis:	☐ Mo	☐ Di	☐ Mi	☐ Do	☐ Fr	☐ Sa	☐ So

☐ ► Sonstige Person:

Name, Vorname: ____

Krankenversichertennummer: ______________________________

Krankenversicherung: ______________________________

Berufstätig an folgenden Wochentagen (von/bis)

Uhrzeit von/bis:	☐ Mo	☐ Di	☐ Mi	☐ Do	☐ Fr	☐ Sa	☐ So

☐ ► gemeinsam mit im Haushalt lebenden Personen: (zum Punkt 2.1. weiter)

Bitte Rückseite beachten! ➜

Seite 2 des Antrags für: Name: Vorname: Krankenversichertennummer:

2.1. ANGABEN ZU DEN PERSONEN IM HAUSHALT DES/DER ANTRAGSTELLER/IN

☐ ► 1.Person / 1.Kind:

Name, Vorname: -------------------------------------

Geburtsdatum: ------------

Unter 12 Jahren? ☐ Ja ☐ Nein

Behindert und auf Hilfe angewiesen? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Beschäftigung, Werkstatt an folgenden Wochentagen:

	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
von / bis							
von / bis							

☐ Schule an folgenden Wochentagen:

	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
von / bis							
von / bis							

☐ Kindergarten an folgenden Wochentagen:

	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
von / bis							
von / bis							

☐ Sonstige Betreuung an folgenden Wochentagen: (z.B. Großeltern, Sportverein, Musikschule etc.)

	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
von / bis							
von / bis							

☐ ► 2.Person / 2.Kind:

Name, Vorname: -------------------------------------

Geburtsdatum: ------------

Unter 12 Jahren?: ☐ Ja ☐ Nein

Behindert und auf Hilfe angewiesen? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Beschäftigung, Werkstatt an folgenden Wochentagen:

	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
von / bis							
von / bis							

☐ Schule an folgenden Wochentagen:

	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
von / bis							
von / bis							

☐ Kindergarten an folgenden Wochentagen:

	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
von / bis							
von / bis							

☐ Sonstige Betreuung an folgenden Wochentagen: (z.B. Großeltern, Sportverein, Musikschule etc.)

	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
von / bis							
von / bis							

Bitte Rückseite beachten! ➜

☐ ▶ 3.Person / 3.Kind:

Name, Vorname: ------------------------------------
Geburtsdatum: ------------
Unter 12 Jahren? ☐ Ja ☐ Nein
Behindert und auf Hilfe angewiesen? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Beschäftigung, Werkstatt an folgenden Wochentagen:

	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
von / bis							
von / bis							

☐ Schule an folgenden Wochentagen:

	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
von / bis							
von / bis							

☐ Kindergarten an folgenden Wochentagen:

	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
von / bis							
von / bis							

☐ Sonstige Betreuung an folgenden Wochentagen: (z.B. Großeltern, Sportverein, Musikschule etc.)

	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
von / bis							
von / bis							

☐ ▶ 4.Person / 4.Kind:

Name, Vorname: ------------------------------------
Geburtsdatum: ------------
Unter 12 Jahren?: ☐ Ja ☐ Nein
Behindert und auf Hilfe angewiesen? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Beschäftigung, Werkstatt an folgenden Wochentagen:

	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
von / bis							
von / bis							

☐ Schule an folgenden Wochentagen:

	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
von / bis							
von / bis							

☐ Kindergarten an folgenden Wochentagen:

	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
von / bis							
von / bis							

☐ Sonstige Betreuung an folgenden Wochentagen: (z.B. Großeltern, Sportverein, Musikschule etc.)

	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
von / bis							
von / bis							

Bitte Rückseite beachten!

3. ANGABEN ZUR GEWÖHNLICHEN HAUSHALTSFÜHRUNG

Der Haushalt wird für gewöhnlich von folgenden Personen geführt:

☐ ► von dem/der Antragsteller/in selber:

Name, Vorname: _____________________________________ Krankenversichertennummer: _________________________

☐ ► von dem/r im Haushalt lebender Ehe / Lebenspartner /in:

Name, Vorname: _____________________________________ Krankenversichertennummer: _________________________ Krankenversicherung: _________________________

4. ANGABEN ZU HAUSAHLTSHILFEART

Welche Haushaltshilfe möchten Sie in Anspruch nehmen?

☐ ► Soll die BKK Scheufelen **einen professionellen Dienstleister (z.B. eine Sozialstation)** für Sie beschaffen?

☐ Ja – ich bin damit einverstanden, dass die BKK Scheufelen meine Daten an den Dienstleister weitergibt.

☐ Nein – ich habe folgenden Dienstleister vorgesehen _

☐ ► Haushaltshilfe durch Privatperson

Name, Vorname: _____________________________________ Wohnort: _________________________________ Verwandtschaftsverhältnis: _________________________

► Aufwand der verwandten bzw. verschwägerten Haushaltshilfe:

☐ Verdienstausfall aufgrund von unbezahltem Urlaub (Ehe- Lebenspartner/in sowie Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grad)

Arbeitgeber: ____

☐ Fahrkosten (Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grad.)

► Vereinbarte Vergütung der selbstbeschafften, nicht verwandten Haushaltshilfe:

☐ Voraussichtlich entstehen mir Kosten in Höhe von _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Euro die Stunde.

5. ZAHLUNGSMODALITÄTEN: Bitte stets angeben!

Kreditinstitut: _____________________________________ BIC: _________________________ Kontoinhaber/in: _________________________

IBAN:

6. ORT, DATUM, UNTERSCHRIFT: Bitte ausfüllen!

☐ Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind und ich die Krankenkasse bei Veränderungen zu diesen Angaben sofort unterrichten werde. Zu Unrecht übernommene Leistungen müssen zurückgezahlt werden.

-- ✗ --

Ort Datum Unterschrift

Datenschutzhinweis: Die Angaben zu Kontaktdaten (Email und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben verwendet. Die Löschung ist jederzeit möglich. Die Erhebung und Verarbeitung der Daten erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Scheufelen erforderlich. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die BKK Scheufelen und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Website (https://www.bkk-scheufelen.de/ueber-uns/datenschutz/informationspflicht/) oder in Papierform – rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne auch zu.

BKK SCHEUFELEN

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

ÜBER DIE NOTWENDIGKEIT EINER HAUSHALTSHILFE [wir bitten Sie die ärztliche Bescheinigung sorgfältig auszufüllen, da diese Angabe als Entscheidungsgrundlage der Haushaltshilfe dienen!]

1. PERSÖNLICHE ANGABEN: Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen!

Name, Vorname des/r Antragstellers/in: ______________________________

Krankenversichertennummer: ______________________________

2. ANGABEN ZUR NOTWENDIGKEIT DER HAUSHALTSHILFE: Bitte immer angeben!

► Die Haushaltshilfe ist aufgrund von

- ☐ einer akuten schweren Erkrankung
- ☐ Schwangerschaftsbeschwerden
  - ☐ Bettruhe erforderlich
  - ☐ Krankenhausaufenthalt vom _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
  - ☐ Kur / Reha vom _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

aus medizinischen Sicht im Zeitraum von _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis zum _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ notwendig.

► Diagnose – wir bitten um Angaben zur Therapie und dem Beschwerdenbild:

_ _

_ _

_ _

_ _

_ _

_ _

► Aktuelle Einschränkungen:

_ _

_ _

_ _

► Folgende Tätigkeiten im Haushalt können nicht selbst verrichtet werden:

- ☐ Kinder betreuen und beaufsichtigen
- ☐ Wäsche waschen
- ☐ Mahlzeiten zubereiten
- ☐ Wohnung reinigen
- ☐ Einkaufen
- ☐ Sonstiges _

► In welchem Umfang ist die Kinderbetreuung möglich?

- ☐ Im vollem Umfang
- ☐ folgende Kinderbetreuung ist möglich (z.B, zur Betreuung begleiten, Hausaufgabenbetreuung, Tischspiel, Körperpflege bei Babys und Kleinkindern etc.) _

3. ORT, DATUM, UNTERSCHRIFT: Bitte ausfüllen!

Ort ______________ Datum ______________

✗ ______________________________

Stempel, Unterschrift

Datenschutzhinweis:
Die Übermittlung dieser Daten ist gem. § 6g Abs, 1 Nr.1 SGB X zulässig und erforderlich. Ihre Bemühungen können Sie nach der EBM Nr. 01621 abrechnen.