

# Antrag auf Haushaltshilfe

1. Persönliche Angaben:								
Name:			Vorname:			Versichertennummer		
Adresse:						Telefonnummer:		
Ich benötige/beantrage eine Haushaltshilfe aufgrund von:								
<input type="checkbox"/> einer akuten Erkrankung <i>(Bitte die beigefügte ärztliche Bescheinigung ausfüllen)</i>								
<input type="checkbox"/> einer Schwangerschaft <i>(Bitte die beigefügte ärztliche Bescheinigung ausfüllen)</i>								
<input type="checkbox"/> 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 folgendem Umfang:								
<input type="checkbox"/> Kinder betreuen und beaufsichtigen			<input type="checkbox"/> Wäsche waschen			<input type="checkbox"/> Mahlzeiten zubereiten		
<input type="checkbox"/> Wohnung reinigen			<input type="checkbox"/> Einkaufen			<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
<input type="checkbox"/>	Ich bin berufstätig an folgenden Tagen - von/bis		Mo <input type="checkbox"/>	Di <input type="checkbox"/>	Mi <input type="checkbox"/>	Do <input type="checkbox"/>	Fr <input type="checkbox"/>	Sa <input type="checkbox"/>
			_____	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ich bin <b>nicht</b> berufstätig.								
<input type="checkbox"/> Ich bin <b>selbstständig</b> tätig.								
2. Angaben zu den Personen im Haushalt des Antragsstellers:								
Der Haushalt wird gewöhnlich von folgenden Personen geführt:								
<input type="checkbox"/> ► von dem/r Antragsteller/in selber								
<input type="checkbox"/> ► von dem/r im Haushalt lebender Ehe / Lebenspartner /in:								
Name, Vorname			Versichertennummer			Krankenversicherung		
Berufstätig an folgenden Wochentagen (von/bis):								
	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"/>	
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
<input type="checkbox"/> ► von sonstiger Person:								
Name, Vorname			Versichertennummer			Krankenversicherung		
Berufstätig an folgenden Wochentagen (von/bis):								
	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"/>	
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
<input type="checkbox"/> ► von gemeinsam mit im Haushalt lebenden Personen: (zum Punkt 2 weiter)								

Bitte Rückseite beachten! →

## 2. Angaben zu den Personen im Haushalt des Antragsstellers:

### ☐ ► 1. Person / 1. Kind:

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Behindert und auf Hilfe angewiesen?
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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:	Behindert und auf Hilfe angewiesen?
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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							

☐ ► **3. Person / 3. Kind:**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

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:

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							

Seite 4  
Antrag auf  
Haushaltshilfe:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

### 3. 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:
Arbeitgeber, wenn berufstätig:		

**Aufwand der verwandten bzw. verschwägerten Haushaltshilfe:**

- ☐ Verdienstausschlag aufgrund von unbezahltem Urlaub  
(Ehe-/Lebenspartner/in sowie Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grad)
- ☐ Fahrkosten (Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grad, die nicht berufstätig sind.)

- ☐ ▶ Vereinbarte Vergütung der selbstbeschafften, nicht verwandten Haushaltshilfe:  
**Voraussichtlich entstehen mir Kosten in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro die Stunde.**

### 4. Die Auszahlung erfolgt auf folgende Bankverbindung:

▶ Bankinstitut: \_\_\_\_\_ ▶ BIC: \_\_\_\_\_

▶ Kontoinhaber/in: \_\_\_\_\_

▶ IBAN: \_\_\_\_\_

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 5. Ort, Datum, Unterschrift:

- ☐ 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 unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

**Datenschutzhinweis:** Die Verarbeitung der von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten durch uns zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und Nr. 6 SGB V zum Zwecke der Prüfung der Leistungspflicht und Erbringung von Haushaltshilfe nach § 38 SGB V und § 24c SGB V erforderlich. Sie beruht auf Art. 6 Abs. 1 b und c DSGVO. Die Daten werden gelöscht, sobald sie für die vorgenannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten jedoch, solange wir gesetzlich dazu verpflichtet sind. Eine darüberhinausgehende Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt nur mit Ihrer Datenschutzhinweis Einwilligung (freiwillig).

## Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

### 1. Persönliche Angaben:

Name, Vorname des haushaltsführenden Versicherten:

Geburtsdatum:

Versichertennummer:

### 2. Angaben zur Notwendigkeit der Haushaltshilfe: *(Wir bitten Sie die ärztliche Bescheinigung sorgfältig auszufüllen, da diese Angabe als Entscheidungsgrundlage der Haushaltshilfe dienen!)*

Die Haushaltshilfe ist aus medizinischer Sicht vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_ notwendig.

#### ► Die Haushaltshilfe ist notwendig aufgrund:

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

#### ► Diagnose: *(Wir bitten um Angaben zur Therapie und den Beschwerden)*

-----  
 -----  
 -----  
 -----

#### ► Mögliche Komplikationen, die auftreten können:

-----  
 -----  
 -----  
 -----

#### ► Aktuelle Einschränkungen:

-----  
 -----  
 -----

#### ► Welche Tätigkeiten im Haushalt können nicht selbst verrichtet werden?

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

#### ► In welchem Umfang ist die Kinderbetreuung möglich?

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

### 3. Ort, Datum, Stempel, Unterschrift:

-----  
 Ort, Datum

-----  
 Stempel, Unterschrift

#### Datenschutzhinweis:

Die Übermittlung dieser Daten ist gem. § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X zulässig und erforderlich. Ihre Bemühungen können Sie nach der EBM Nr. 01621 abrechnen.