

# Antrag auf Haushaltshilfe

## Antragsteller/in

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Ort	Versicherungsnummer
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend	

Der Betrag soll auf folgendes Konto überwiesen werden	
Kontoinhaber	Kontonummer
Bankinstitut	Bankleitzahl

## Antragsgrund

Ich bin ...

- im Krankenhaus
- zur Rehabilitation vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name, Ort \_\_\_\_\_

Kostenträger \_\_\_\_\_

Mir ist laut ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich wegen ...

- Erkrankung  Schwangerschaft oder Entbindung

Die Erkrankung ist Folge ...

- eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit  nein  ja Unfalltag \_\_\_\_\_
- eines privaten Unfalls  nein  ja Unfalltag \_\_\_\_\_
- eines Versorgungsleidens  nein  ja

## Angaben zum Haushalt

In meinem Haushalt leben folgende Kinder unter 12 Jahren bzw. über 12 Jahren, die aber aufgrund ihrer Behinderung auf Hilfe angewiesen sind (ggf. bitte Art der Behinderung angeben)

Vorname, ggf. abweichender Familienname	Geburtsdatum	Art der Behinderung
Kind 1		
Kind 2		
Kind 3		
Kind 4		

Salus BKK  
Siemensstraße 5 a  
63263 Neu-Isenburg

Service-Hotline  
0180 2 221322\*

\*Festnetzpreis 6 Cent/Anruf; Mobilfunkpreise maximal 42 Cent/Min.

In einer Kindertagesstätte/Schule/sonstigen Einrichtung/ist tagsüber untergebracht

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von	bis
Kind 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Uhr	- <input type="text"/> Uhr
Kind 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Uhr	- <input type="text"/> Uhr
Kind 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Uhr	- <input type="text"/> Uhr
Kind 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Uhr	- <input type="text"/> Uhr

In meinem Haushalt leben außer mir ...  keine erwachsenen Personen.

folgende erwachsene Personen ...  
(Ehegatte, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, sonstige Personen)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Krankenkasse	Tätigkeit/Beruf
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Diese Personen können den Haushalt aus folgendem Grund nicht führen:

## Angaben zur Haushaltsführung

Mein Haushalt wurde bisher geführt von ...

- mir
- der anderen im Haushalt lebenden Person
- mir und der anderen im Haushalt lebenden Person gemeinsam
- einer anderen, *nicht* im Haushalt lebenden Person

Ich bin

- nicht berufstätig
- berufsbedingt abwesend

die andere im Haushalt lebende Person ist

- nicht berufstätig
- berufsbedingt abwesend

Tag	von	bis	Stunden
Mo	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>
Di	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>
Mi	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>
Do	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>
Fr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>
Sa	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>
So	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>

Tag	von	bis	Stunden
Mo	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>
Di	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>
Mi	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>
Do	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>
Fr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>
Sa	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>
So	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>

## Angaben zur Haushaltshilfe

Die nachstehend benannte Person/Einrichtung wird meinen Haushalt weiterführen:

Name und Anschrift

Beruf/Arbeitgeber

Ab (Datum)  bis voraussichtlich (Datum)  an  Tagen in der Woche.

Jeweils in der Zeit von  Uhr bis  Uhr =  Stunden. Hierfür entstehen mir Kosten in Höhe von  EUR/Std.

Ich bin mit der Ersatzkraft verwandt oder verschwägert  nein  ja:

Die andere im Haushalt lebende Person ist mit der Ersatzkraft verwandt oder verschwägert  nein  ja:

**Für Verwandte und Verschwägere bis zum 2. Grad können nur die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstaussfall erstattet werden; vorausgesetzt, dass diese in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten stehen.**

Ich beantrage, die Kosten für die selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten.

Ich beantrage eine Vermittlung einer Ersatzkraft durch die Salus BKK.

Während der Zeit, für die ich Haushaltshilfe beantrage, hat die andere im Haushalt lebende Person

- |  |     |                      |     |                      |
|--|-----|----------------------|-----|----------------------|
| <input type="checkbox"/> bezahlten Urlaub      | von | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> unbezahlten Urlaub    | von | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> bezahlte Freistellung | von | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> |

**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 Salus BKK unverzüglich melden.**

Für eventuelle Rückfragen bin ich unter folgender Rufnummer erreichbar (freiwillige Angabe)

X

Ort, Datum

Unterschrift

Die vorherstehenden 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.

## Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

Die Übermittlung dieser Daten ist gem. § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X zulässig und erforderlich. Ihre Bemühungen können Sie nach der Position 01620 EBM 2000 plus abrechnen.

### Angaben zum Mitglied:

Vorname und Name:

Geburtsdatum:

Krankenversicherungsnummer:

### Angaben zum/zur haushaltsführenden Versicherten (wenn abweichend):

Vorname und Name:

Geburtsdatum:

Frau / Herr \_\_\_\_\_ ist vom \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich \_\_\_\_\_  
nicht bzw. nur eingeschränkt in der Lage, den Haushalt weiterzuführen.

Die Haushaltshilfe wird für täglich \_\_\_\_\_ Stunden benötigt.

Grund / Diagnose:

---

---

---

---

Die Haushaltshilfe ist erforderlich aufgrund

- einer Erkrankung
- Schwangerschaft oder Entbindung

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel und Unterschrift