

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 | IBAN |
| Bankinstitut | BIC |

Antragsgrund

| | | | | | |
|--|---|---|-----------|-----|--|
| <input type="checkbox"/> Ich bin ... | <input type="checkbox"/> im Krankenhaus | vom | | bis | |
| | <input type="checkbox"/> zur Rehabilitation | | | | |
| | | Name, Ort | | | |
| | | Kostenträger | | | |
| <input type="checkbox"/> Mir ist laut ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich wegen ... | <input type="checkbox"/> Erkrankung | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft oder Entbindung | | | |
| | Die Erkrankung ist Folge ... | | | | |
| | <input type="checkbox"/> eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Unfalltag | | |
| | <input type="checkbox"/> eines privaten Unfalls | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Unfalltag | | |
| | <input type="checkbox"/> eines Versorgungsleidens | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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
Barfußgäßchen 15
04109 Leipzig

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="text"/> Uhr | - <input type="text"/> Uhr |
| Kind 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> Uhr | - <input type="text"/> Uhr |
| Kind 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> Uhr | - <input type="text"/> Uhr |
| Kind 4 | <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

Datenschutzhinweis: Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich (§ 284 SGB V). Zur Mitteilung der erfragten Daten sind Sie nach § 206 SGB V verpflichtet. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden. Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Salus BKK finden Sie unter: www.salus-bkk.de/datenschutz

