

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
Siemensstraße 5 a
63263 Neu-Isenburg

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

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

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 EBM Nr. 01621 abrechnen.

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Versicherungsnummer _____

ist vom _____ bis voraussichtlich _____ nicht bzw. nur eingeschränkt in der Lage, den Haushalt weiterzuführen. Die Haushaltshilfe wird für täglich _____ Stunden benötigt.

Die Fortführung des Haushaltes ist aufgrund

einer Erkrankung oder

einer *schweren* Erkrankung nicht möglich.

Betruhe verordnet? Ja Nein

Genannter Person ist die Fortführung des Haushaltes nicht möglich, da eine Mitaufnahme als Begleitperson eines versicherten Kindes im Krankenhaus aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Die Fortführung des Haushaltes ist ihr aufgrund Schwangerschaft und/oder Entbindung notwendig.

Schwangerschaft Betruhe von _____ bis _____ verordnet.

Entbindung und deren Folgen

Sonstiges: _____

Diagnose (Bitte in Klartext, keine Diagnoseschlüssel)

Welche Tätigkeiten können nicht selbst verrichtet werden?

Zubereiten der Mahlzeiten

Einkaufen

Reinigen der Wohnung

Sonstiges (z.B. Wäsche)

Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes