

**Antrag auf Haushaltshilfe für die Zeit**

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Die nachstehenden 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.

Personalien des Mitglieds								
Name, Vorname und ggf. Geburtsname	Versichertennummer	Tätigkeit/Beruf	Berufstätig an folgenden Tagen					von – bis Uhr
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	
Anschrift		Arbeitgeber/Versicherungsverhältnis						
,		/						

Ehegatte								
Name, Vorname und ggf. Geburtsname	Geburtstag	Tätigkeit/Beruf	Berufstätig an folgenden Tagen					von – bis Uhr
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	
selbst krankenversichert bei								

Kinder unter 12 Jahren/behinderte Kinder								
Name, Vorname	Geburtstag	das Kind wird betreut	an folgenden Tagen					von – bis Uhr
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	
1.		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw. <input type="checkbox"/> sonstige Betreuung außer Haus						
2.		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw. <input type="checkbox"/> sonstige Betreuung außer Haus						
3.		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw. <input type="checkbox"/> sonstige Betreuung außer Haus						

Das unter der lfd. Nr. \_\_\_\_ aufgeführte Kind ist behindert. Eine ärztliche Bescheinigung über die Art der Behinderung ist beigefügt.

Weitere im Familienhaushalt des Versicherten lebende Personen								
Name, Vorname	Geburtstag	kann den Haushalt nicht weiterführen, weil <small>(Angabe des Grundes)</small>	Berufstätig an folgenden Tagen					von – bis Uhr
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	
1.								
2.								
3.								

In Behandlung begibt/befindet sich  der Versicherte selbst  der Ehegatte

Krankenhaus/Entbindungsstation/Kurheim	seit	Krankheitsursache
Häusliche Krankenbehandlung durch Dr. med.	seit	Krankheitsursache

LWHAHL\_T – GERMO winEFW

**Antrag auf Haushaltshilfe (Seite 2)**

Mitglied: \_\_\_\_\_

Die nachstehenden 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.

- Ich beantrage  Vermittlung einer Haushaltshilfe durch die Krankenkasse  Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushalts durch Verwandte
- angemessenen Kostenersatz für eine selbst beschaffte fremde Haushaltshilfe  Ersatz für Verdienstausschlag wegen unbezahltem Urlaub
- Kostenersatz für Haushaltshilfe durch Ersatzkraft einer caritativen Einrichtung wie z. B. Sozialstation  Erstattung von Fahrkosten an verwandte oder verschwägte Personen

Die Gewährung von Haushaltshilfen ist notwendig, weil keine der im Haushalt lebenden Personen den Haushalt weiterführen kann.

Der Haushalt wurde bisher  von mir  von meinem Ehegatten  von sonstiger Person geführt.

Für die Dauer der genannten Behandlung wird das unter 12 Jahre alte Kind regelmäßig an folgenden Tagen der Woche untergebracht:

in meinem Haushalt:

außerhalb meines Haushalts:

entsprechende Tage ankreuzen	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

entsprechende Tage ankreuzen	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Anschrift \_\_\_\_\_

**Abrechnung der Fahrtkosten der verwandten oder verschwägerten Person:**

Ist die Haushaltshilfe mit Ihnen zum 2. Grade verwandt oder verschwägert, können nur die erforderlichen Fahrtkosten und der Verdienstausschlag erstattet werden, vorausgesetzt, dass diese in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten stehen.

Name, Vorname		Fahrtstrecke	
---------------	--	--------------	--

Hinfahrt am:	km	Rückfahrt am:	km	km gesamt:
--------------	----	---------------	----	------------

**Als selbst beschaffte Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:**

Name, Vorname sowie ggf. Geburtsname, Wohnort	Beruf
---	-------

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Mit dem Versicherten verwandt oder verschwägert?

- nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

Es entstehen mir voraussichtlich Kosten von \_\_\_\_\_ € je Stunde für \_\_\_\_\_ Stunden täglich.

Der Betrag soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

**Name des Geldinstituts**

\_\_\_\_\_

**IBAN** **BIC**

--	--

**Kontoinhaber**

\_\_\_\_\_

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.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Genehmigung**

für die Zeit vom - bis	€ je Stunde	täglich für	Höchstbetrag pro Tag	Datum, Unterschrift und Stempel
	€	Std.	€	