

# Antrag auf Haushaltshilfe

## Wichtiger Hinweis

Die nachstehenden Daten sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB) erhoben und zum Zwecke der Datenverarbeitung gespeichert.

Personalien des Mitglieds			
Name, Vorname	Versichertennummer	Tätigkeit/Beruf	Berufstätig an folgenden Tagen M D M D F S S Von-bis Uhr
Anschrift		Arbeitgeber/Versicherungsverhältnis	

Ehegatte			
Name, Vorname	Geburtsstag	Tätigkeit/Beruf	Berufstätig an folgenden Tagen M D M D F S S Von-bis Uhr
Selbst krankenversichert bei			

Kinder unter 12 Jahren / behinderte Kinder			
Name, Vorname	Geburtsstag	Das Kind wurde betreut	an folgenden Tagen M D M D F S S Von-bis Uhr
1.		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw. <input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus	
2.		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw. <input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus	
3.		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw. <input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus	

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

Weitere im Familienhaushalt des Versicherten lebende Person			
Name, Vorname	Geburtsstag	Kann den Haushalt nicht weiterführen, weil (Angabe des Grundes)	Berufstätig an folgenden Tagen M D M D F S S Von-bis Uhr

In Behandlung begibt/befindet sich  der Versicherte selbst  der Ehegatte

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

### ANTRAG

Ich beantrage

- Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushalts durch Verwandte
  angemessenen Kostenersatz für eine selbst beschaffte fremde Haushaltshilfe
  Kostenersatz für Haushaltshilfe durch Ersatzkraft einer caritativen Einrichtung wie z.B. Sozialstation
  Ersatz für Verdienstausfall wegen unbezahltem Urlaub

Die Gewährung von Haushaltshilfe 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.

Über die Dauer der genannten Behandlung wird das unter 12 Jahre alte / behinderte Kind regelmäßig an folgenden Tagen der Woche untergebracht

<b>in meinem Haushalt</b>	<b>außerhalb meines Haushalts</b>	nämlich bei																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>M</td><td>D</td><td>M</td><td>D</td><td>F</td><td>S</td><td>S</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	M	D	M	D	F	S	S								<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>M</td><td>D</td><td>M</td><td>D</td><td>F</td><td>S</td><td>S</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	M	D	M	D	F	S	S								_____
M	D	M	D	F	S	S																								
M	D	M	D	F	S	S																								
<small>Entsprechende Tage ankreuzen →</small>		<small>Name, Anschrift</small>																												

Als selbstbeschaffte Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

Name, Vorname	Beruf	Mit dem Versicherten verwandt oder verschwägert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja und zwar
---------------	-------	---

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

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Mit ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückerstattet werden müssen. Änderungen, welche sich während der Tätigkeit der Haushaltshilfe ergeben, werde ich der Krankenkasse unverzüglich mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# ABRECHNUNG DER HAUSHALTSHILFE

Personalien der Haushaltshilfe			
Name, Vorname	Geburtstag	Familienstand	Berufstätig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Anschrift			Mit dem Vers. Verwandt oder verschwägert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar

Bestätigung der Haushaltshilfe/Tätigkeitsnachweis											
Datum	Uhrzeit von-bis	Std.	Datum	Uhrzeit von-bis	Std.	Datum	Uhrzeit von-bis	Std.	Datum	Uhrzeit von-bis	Std.
zusammen			zusammen			zusammen			insgesamt		

Ich bestätige, dass über die gesamte Zeit die Haushaltshilfe von keiner im Haushalt lebenden Person erbracht werden konnte und auch von keiner anderen Stelle für die Haushaltshilfe Leistungen gewährt werden.

Ich bitte um Überweisung auf Konto \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift d. Versicherten \_\_\_\_\_

Auslagenersatz	
Fahrkosten	_____ mal von _____ nach _____ € _____
Verdienstaufschlag lt. anliegender Bescheinigung des Arbeitgebers	_____ Arbeitsstunden je € _____
Sonstige Auslagen	_____ € _____
	_____ € _____

Empfangsbestätigung der Haushaltshilfe (gilt nicht für Verwandte)	
Es wurden mir vom Versicherten bezahlt	_____ Stunden je € _____ € _____
Sowie folgende Auslagen:	_____ € _____
	_____ € _____

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der Haushaltshilfe \_\_\_\_\_

**Angaben zur Person**

Geb.-Datum:  
KV-Nr.:

**Anschrift der Krankenkasse**

BKK VDN  
Rosenweg 15  
58239 Schwerte

**Bescheinigung des Arztes über die Notwendigkeit  
einer Haushaltshilfe**

Die Weiterführung des Haushaltes ist der/dem Obengenannten wegen:

Diagnose

- nicht mehr möglich  
 nur eingeschränkt möglich  
 Bettruhe ist erforderlich
- ja    nein

Die Haushaltshilfe ist

- bei ambulanter Behandlung  
 im Anschluss an eine stationäre Behandlung

ab \_\_\_\_\_ für \_\_\_\_\_ Tage / \_\_\_\_\_ Wochen für jeweils \_\_\_\_\_ Stunden täglich erforderlich.

Haushaltshilfe ist erforderlich auf Grund

- einer Erkrankung
- die, die Mobilität so weit einschränkt, dass die Weiterführung des Haushaltes offensichtlich nicht mehr möglich ist.  ja    nein
  - Wenn ja, dann bitte eine ausführliche Begründung angeben (evtl. Befundberichte beifügen):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Schwangerschaft oder Entbindung (bitte Befundberichte beifügen).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes/Krankenhauses

## Merkblatt zur Beantragung von Haushaltshilfe

Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen u. a. wegen Krankenhausbehandlung oder einer akuten Krankheit, die ärztlicherseits bescheinigt wurde, die Haushaltsführung nicht möglich ist und sich mindestens ein Kind im Haushalt befindet, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Desweiteren kann eine Haushaltshilfe gewährt werden, wenn sich im Haushalt ein behindertes Kind befindet, das auf Hilfe angewiesen ist.

### Leistungsdauer:

Bei stationären Krankenhausaufenthalten ist keine zeitliche Begrenzung der Haushaltshilfe vorgesehen.

Die Haushaltshilfe bei ambulanter Behandlung wird längstens für 4 Wochen gewährt. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann sie auf 8 Wochen ausgedehnt werden. Zur Beurteilung ob in diesen Fällen eine Kostenübernahme durch unsere Betriebskrankenkasse erfolgen kann, benötigen wir eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung mit Angabe der begründenden Diagnosen und des medizinisch notwendigen Leistungszeitraumes. Eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung behalten wir uns vor. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass uns eine Aussage über die Möglichkeit einer Kostenübernahme ggf. erst nach Vorliegen der gutachterlichen Stellungnahme möglich ist.

### Die Haushaltshilfe kann erbracht werden durch:

- eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe
- einen ambulanten Pflegedienst (z. B. caritative Einrichtung)

### Ansprüche im Rahmen der Haushaltshilfe:

- sofern ein Ehepartner die Haushaltshilfe durchführt, kann bei der Inanspruchnahme von unbezahltem Urlaub der Nettoverdienstaufschlag bis zu einem täglichen Höchstbetrag von 122,50 € erstattet werden
- für Verwandte und Verschwägerete bis zum 2. Grad (z. B. Eltern, Geschwister, Schwiegereltern oder Schwägerin) werden keine Kosten erstattet; bei Inanspruchnahme von unbezahltem Urlaub kann jedoch der Nettoverdienstaufschlag bis zu einem täglichen Höchstbetrag von 122,50 € und ggf. die erforderlichen Fahrkosten erstattet werden
- bitte klären Sie die Möglichkeit der Inanspruchnahme von unbezahltem Urlaub mit dem Arbeitgeber ab
- eine Erstattung von fiktiven Aufwendungen (wie z. B. eine Erstattung für den Abbau von Überstunden oder für die Inanspruchnahme von Tarifurlaub) ist ausnahmslos nicht möglich
- sofern der Haushalt durch Bekannte (nicht verwandt oder verschwägert bis zum 2. Grad) weitergeführt wird, ist eine Kostenerstattung für max. 8 Stunden täglich bei einem Tageshöchstsatz von 64,00 € (8,00 € pro Stunde) möglich
- bei der Inanspruchnahme von einem Pflegedienst werden die Kosten für max. 8 Stunden täglich konform den bestehenden Verträgen übernommen
- generell gilt ein Leistungsausschluss für Zeiträume in denen eine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann (z. B. außerhalb der Arbeitszeit, bei Arbeitslosigkeit, Tarifurlaub, Arbeitsunfähigkeit – sofern die im Haushalt lebende Person laut ärztlicher Bescheinigung hierzu in der Lage ist)

## **Gesetzliche Zuzahlung:**

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme einen Eigenanteil in Höhe von 10 v. H. der Haushaltshilfe, mindestens 5,00 €, höchstens 10,00 €. Die Zuzahlung ist durch die Krankenkasse einzubehalten.

## **Haushaltshilfe bei stationärer Behandlung eines Kindes und gleichzeitiger Mitaufnahme eines Elternteils im Krankenhaus aus medizinischer Notwendigkeit:**

Zusätzlich zu den auf der Vorderseite genannten Voraussetzungen ist in diesen speziellen Fallgestaltungen eine besondere ärztliche Bescheinigung notwendig, in welcher der Krankenhausarzt ausdrücklich die medizinisch notwendige Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer Behandlung bescheinigt.

Aufgrund dieser Bescheinigungen sind in der Regel auch die Kosten für die Begleitperson im Krankenhaus abgegolten, so dass die Versicherten keine gesonderte Rechnung erhalten.

Eine Bescheinigung, die eine Mitaufnahme des Elternteils lediglich als "wünschenswert" o. ä. deklariert, ist für die Gewährung von Haushaltshilfe nicht ausreichend. Hier erhalten die mit aufgenommenen Elternteile in den meisten Fällen zusätzlich eine Rechnung des Krankenhauses (ca. 15,- bis 20,- € pro Tag), die vom Versicherten selbst zu zahlen ist. Eine Erstattung durch die Krankenkasse ist nicht möglich.

Sollten sich andere Fallgestaltungen ergeben, nach denen ein Anspruch auf Haushaltshilfe nicht zweifelsfrei besteht, ist vor Einsatz der Haushaltshilfe der Leistungsanspruch mit uns zu klären.