






Antrag auf Haushaltshilfe

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

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.

1. ANGABEN ZUR PERSON		 Von der haushaltsführenden Person auszufüllen!						
Name:				Vorname:				
Versicherten-Nr.:				Geb.-Datum:				
Anschrift:								
Tätigkeit/Beruf:		Berufstätig an folgenden Tagen (Arbeitszeiten inklusive Fahrweg)						
		Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet								
Arbeitgeber:								
 Bitte Adresse angeben!								

2. Ehegatte/Lebenspartner; Lebensgefährte in häuslicher Gemeinschaft									
Name:				Vorname:					
Geburtstag:									
Tätigkeit/Beruf:									
Arbeitgeber:		Arbeitszeiten inklusive Fahrweg							
		 Bei Schichtdienst bitte den Schichtplan beilegen							
		Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von - bis Uhr
 Bitte Adresse angeben!									

3. KINDER UNTER 14 JAHREN/BEHINDERTE KINDER				 Nachweis bitte beifügen!						
Name, Vorname:	Geburtstag:	Das Kind wird betreut:	an folgenden Tagen							
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von - bis Uhr
1.		im Kindergarten, Tagesstätte, Tagesmutter, Schulbesuch, anderweitige Versorgung								
2.		im Kindergarten, Tagesstätte, Tagesmutter, Schulbesuch, anderweitige Versorgung								
3.		im Kindergarten, Tagesstätte, Tagesmutter, Schulbesuch, anderweitige Versorgung								

Seite 2 zum Antrag auf Haushaltshilfe

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

4. KINDER ÜBER 14 JAHREN IM HAUSHALT		
Name, Vorname:	Geburtstag:	Kann den Haushalt nicht weiterführen, weil ...
1.		
2.		

5. WEITERE IM HAUSHALT LEBENDE PERSONEN			
Name, Vorname:	Geburtstag:	Verwandtschaftsverhältnis:	Diese Person/en können den Haushalt nicht weiterführen weil ...
1.			
2.			

6. BEGRÜNDUNG	
☞ Eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung ist beizufügen!	
Die Weiterführung des Haushaltes ist mir nicht möglich wegen:	
einer akuten Erkrankung/gesundheitliche Einschränkung:	
bettlägerig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> eines privaten Unfalls <input type="checkbox"/> Arbeitsunfalls <input type="checkbox"/> Schädigung durch Dritte: _____ ☞ Name und Anschrift angeben! _____	
<input type="checkbox"/> eines stationären Krankenhausaufenthaltes <input type="checkbox"/> einer ambulanten/ stationären Rehamaßnahme, Kostenträger: _____	
<input type="checkbox"/> Schwangerschaftsbeschwerden, mutmaßlicher Entbindungstermin: _____	
<input type="checkbox"/> Entbindung (Tag der Entbindung): _____	
Die Haushaltshilfe wird voraussichtlich für den Zeitraum vom _____ bis _____ für folgende Tage beantragt:	
<input type="checkbox"/> Montag	von _____ bis _____ Uhr Hinweise:
<input type="checkbox"/> Dienstag	
<input type="checkbox"/> Mittwoch	
<input type="checkbox"/> Donnerstag	
<input type="checkbox"/> Freitag	
<input type="checkbox"/> Samstag	
<input type="checkbox"/> Sonntag	

Seite 3 zum Antrag aus Haushaltshilfe

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

7. BEANTRAGUNG

Verdienstauffallerstattung wegen unbezahlten Urlaubs für meinen Ehepartner bzw. Lebensgefährten:

Bankverbindung der haushaltsführenden Person:

IBAN:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kostenersatz für Haushaltshilfe durch die Ersatzkraft einer karitativen Einrichtung

Name der Einrichtung:

Anschrift:

Telefon:

Ich willige ein, dass die BKK_DürkoppAdler zur Vermittlung eines Dienstleisters meine Daten weitergeben darf und ggf. eine Kostenübernahme direkt versenden kann ja nein

Kostenersatz für eine selbstbeschaffte, fremde Haushaltshilfe (max. 12,25 Euro pro Stunde, z. B. Bekannte/ Nachbarn)

 Hinweis: Unsere Erstattung erfolgt nur auf das Konto der Hilfskraft!

Meinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe trete ich an die nachstehend genannte Ersatzkraft ab.

Name, Vorname:

Anschrift:

Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushalts durch Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grad

Name, Vorname:


Anschrift:

Verwandtschaftsverhältnis:

Berufstätig: ja nein

Wenn ja, Anschrift des Arbeitgebers:

Arbeitszeiten:

 Aufwendungen für Fahrkosten: (bei PKW km-Angabe einfache Strecke/ Kosten öffentl. Verkehrsmittel - Fahrkarte ist beizufügen)

Ich versichere, sämtliche Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der o.g. Familienangehörigen/ Personen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

X

X

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und Nr. 6 SGB V zum Zwecke der Prüfung der Leistungspflicht und Erbringung von Haushaltshilfe nach § 38 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.bkk-da.de oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns unter datenschutz@bkk-da.de oder per Post BKK_DürkoppAdler, Datenschutzbeauftragter, Stieghorster Str. 66, 33605 Bielefeld an.

Die mit „*“ gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, ermöglichen uns aber eine schnelle und unkomplizierte Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen Ihrer Krankenversicherung bei der BKK_DürkoppAdler. Der Nutzung dieser Angaben durch die BKK_DürkoppAdler können Sie jederzeit widersprechen.