

1 Angaben zur haushaltsführenden Person

Name, Vorname	
Straße	Hausnummer
PLZ	Ort
Versichertennummer	Telefon, tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)
Tätigkeit/Beruf	
Arbeitgeber (bitte vollständige Adresse angeben)	

Ledig
 Verheiratet
 Getrennt
 Geschieden
 Verwitwet

Berufstätig an folgenden Tagen:

Montag	von	bis	Std.
Dienstag	von	bis	Std.
Mittwoch	von	bis	Std.
Donnerstag	von	bis	Std.
Freitag	von	bis	Std.
Samstag	von	bis	Std.
Sonntag	von	bis	Std.

2 Angaben zum Ehepartner/Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz/Lebensgefährten

Name, Vorname	
Geburtsdatum	Tätigkeit/Beruf
Selbst krankenversichert bei	
Arbeitgeber (bitte vollständige Adresse angeben)	

Berufstätig an folgenden Tagen:

Montag	von	bis	Std.
Dienstag	von	bis	Std.
Mittwoch	von	bis	Std.
Donnerstag	von	bis	Std.
Freitag	von	bis	Std.
Samstag	von	bis	Std.
Sonntag	von	bis	Std.

3 Weitere im Haushalt lebende Personen

Person

1. Name, Vorname	Geburtstag	Verwandtschaftsverhältnis
2. Name, Vorname	Geburtstag	Verwandtschaftsverhältnis
3. Name, Vorname	Geburtstag	Verwandtschaftsverhältnis
4. Name, Vorname	Geburtstag	Verwandtschaftsverhältnis
5. Name, Vorname	Geburtstag	Verwandtschaftsverhältnis

Schul-/Kindergartenbesuch bzw. Arbeitszeit

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von	bis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von	bis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von	bis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von	bis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die unter der lfd. Nr. aufgeführte Person ist behindert. Eine ärztliche Bescheinigung über die Art der Behinderung ist beigefügt.

4 Angaben zur Haushaltsführung

Die Weiterführung des Haushaltes ist mir

in der Zeit vom bis zum nicht möglich wegen:

- einer Erkrankung* eines Kuraufenthaltes (bitte Kostenträger eintragen) eines stationären Krankenhausaufenthaltes einer Entbindung Schwangerschaftsbeschwerden

* Bitte anliegende ärztliche Bescheinigung von Ihrem Arzt ausfüllen lassen und dem Antrag beifügen!

5 Der Haushalt wurde bisher geführt von

mir Ehepartner sonstiger Person:

Name, Vorname

Warum kann nicht eine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen? (Die Angaben sind erforderlich für Personen ab dem vollendeten 16. Lebensjahr.)

6 Ich beantrage

- Verdienstaufschlag wegen unbezahlten Urlaubs für meinen Ehepartner bzw. Lebensgefährten (90 % Nettoverdienstaufschlag, maximal 70 % der Beitragsbemessungsgrenze).
 Kostenersatz für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe (max. 10,50 Euro pro Stunde für höchstens 8 Stunden täglich, z.B. Bekannte).
 Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushaltes durch Verwandte.
 Kostenersatz für Haushaltshilfe durch Ersatzkraft einer karitativen Einrichtung.

Name der Einrichtung

Telefon

Fax

7 Als selbst beschaffte Haushaltshilfe habe ich vorgesehen

Name, Vorname

Berufstätig Ja Nein

Telefon

Arbeitgeber (bitte vollständige Adresse angeben)

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Mit der / dem Versicherten verwandt oder verschwägert?

Nein Ja (bitte Verwandtschaftsverhältnis eintragen)

Es entstehen mir voraussichtlich Kosten in Höhe von

Euro pro Stunde für

Stunden täglich.

Im Zeitraum der Beantragung der Haushaltshilfe erfolgt die Betreuung des Kindes/der Kinder

im eigenen Haushalt durch/bei (bitte Person und Ort eintragen)

8 Bankverbindung

Name, Vorname Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragsteller)

IBAN

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

Datum

Ort

Unterschrift Versicherter

Datenschutzhinweis:

Die datenschutzrechtlichen Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Website unter www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns an.

Heimat Krankenkasse

Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Fax 0521 92395-4150 · Service-Telefon 0800 1060100 (kostenfrei)

Ärztliche Bescheinigung zur Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

1 Angaben zum Patienten

Versichertennummer	Geburtsdatum
--------------------	--------------

Hiermit wird bescheinigt, dass o. g. Patient aufgrund einer Erkrankung aus medizinischer Sicht nicht in der Lage ist, den Haushalt zu führen.
Eine Haushaltshilfe ist aus medizinischer Sicht

in der Zeit vom bis zum

für Stunde(n) x wöchentlich erforderlich.

2 Angaben zur Erkrankung

Liegt eine akute Verschlimmerung der Krankheit vor? Ja Nein

Arbeits-/Wegeunfall? Ja Nein

Erfolgt fachärztliche Mitbehandlung? Ja Nein

Welche Fachrichtung?

Durch die Haushaltshilfe wird eine Krankenhausbehandlung vermieden: Ja Nein

Aufgrund der Erkrankung ist strenge Bettruhe einzuhalten: Ja Nein Teilweise

Liegt eine Schwangerschaft vor? Ja Nein

Mutmaßlicher Tag der Entbindung

Bereits erfolgte Entbindung am

Datum	Ort
-------	-----

Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01620 [EBM] berechnungsfähig.



Bitte Teil 1 bis 3 zurücksenden an:

Heimat Krankenkasse
Familienleistungen
Herforder Straße 23
33602 Bielefeld