

## 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/zur EhepartnerIn/LebenspartnerIn nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz/Lebensgefährtn

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 Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt ausfüllen lassen und dem Antrag beifügen!

## 5 Der Haushalt wurde bisher geführt von

- mir  EhepartnerIn  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

- Verdienstausschlag wegen unbezahlten Urlaubs für meinen Ehepartner bzw. Lebensgefährten oder meine Ehepartnerin bzw. Lebensgefährtin (90 % Nettoverdienstausschlag, maximal 70 % der Beitragsbemessungsgrenze)  
 Kostenersatz für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe (maximal 11,75 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 KontoinhaberIn (falls abweichend vom Antragsteller/von der Antragstellerin)

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 Versicherte/Versicherter

### Datenschutzhinweis:

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

### Heimat Krankenkasse

Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Service-Telefon 0800 1060100 (kostenfrei)

# Ärztliche Bescheinigung zur Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

## 1 Angaben zum Patienten/zur Patientin

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

Hiermit wird bescheinigt, dass o. g. Patientin/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

Sind Maßnahmen der Grund- oder Behandlungspflege erforderlich?  Ja  Nein

Die Verordnung für häusliche Krankenpflege (Muster 12) wurde ausgestellt?  Ja  Nein

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

Für die Angaben der Ärztin oder des Arztes ist die Nr. 01620 (EBM) berechnungsfähig.



---

Bitte Teil 1 bis 3 zurücksenden an:

Heimat Krankenkasse  
Familienleistungen  
Herforder Straße 23  
33602 Bielefeld