Antrag auf Haushaltshilfe

HEIMAT KRANKENKASSE

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/LebensgefährtIn

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			Schul-/Kindergartenbesuch bzw. Arbeitszeit		
			Mo Di Mi Do Fr Sa So	von	bis
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	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		

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

* 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

- ☐ Verdienstausfall wegen unbezahlten Urlaubs für meinen Ehepartner bzw. Lebensgefährten oder meine Ehepartnerin bzw. Lebensgefährtin (90 % Nettoverdienstausfall, maximal 70 % der Beitragsbemessungsgrenze)
- ☐ Kostenersatz für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe (maximal 11,00 Euro pro Stunde für höchstens 8 Stunden täglich, z. B. Bekannte).
- ☐ Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushalts 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 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

HEIMAT KRANKENKASSE

1 Angaben zum Patienten/zur Patientin

Name, Vorname

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

Grund (Diagnose)

Funktionseinschränkungen/Beschwerdesymptomatik (bitte immer mit angeben):

Liegt eine akute Verschlimmerung der Krankheit vor? ☐ Ja ☐ Nein — Wenn ja, seit

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

Stempel, Unterschrift des Arztes/der Ärztin/der Klinik

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