

## Antrag auf Haushaltshilfe

<b>1. Personalien des Mitgliedes</b>												
Name, Vorname, F_nam	Tätigkeit/Beruf/Erziehungsurlaub				Berufstätig an folgenden Tagen				von-bis Uhr			
Versichertennummer F_kvnr					Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)					Arbeitgeber: Anschrift							

<b>2. Ehegatte/Lebenspartner</b>												
Name, Vorname, Geburtsdatum					Berufstätig an folgenden Tagen				von-bis Uhr			
					Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
Berufstätigkeit/Erziehungsurlaub _____												
Anschrift des Arbeitgebers: _____												
Krankenkasse des Ehegatten/Lebenspartner: _____												

<b>3. Kinder unter 12 Jahren/behinderte Kinder</b>										
Name, Vorname	Geburts- datum	das Kind wird betreut	an folgenden Tagen							von-bis Uhr
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
1.		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte . <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus, Anschrift: bitte unter <b>Punkt 3a</b> eintragen								
2.		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus, Anschrift: bitte unter <b>Punkt 3a</b> eintragen								
3.		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus, Anschrift: bitte unter <b>Punkt 3a</b> eintragen								
4.		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus, Anschrift: bitte unter <b>Punkt 3a</b> eintragen								

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

<b>3a. Werden die Kinder nach dem Kindergarten/ Schulbesuch im eigenen Haushalt betreut</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> sonstige Betreuung durch
Name, Anschrift			

<b>4. Weitere im Familienhaushalt des Versicherten lebende Personen</b>										
Name, Vorname	Geburts- datum	kann den Haushalt nicht weiterführen, weil, (Angabe des Grundes)	Berufstätig an folgenden Tagen							von-bis Uhr
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
1.										
2.										
3.										

5. In Behandlung begibt/befindet sich <input type="checkbox"/> der Versicherte selbst <input type="checkbox"/> der Ehegatte		
	vom – bis	Diagnose/Art der OP
1. <input type="checkbox"/> Krankenhaus		
2. <input type="checkbox"/> Kur		
3. <input type="checkbox"/> Entbindung		
4. <input type="checkbox"/> Amb. Behandlung		
5. <input type="checkbox"/> Schwangerschaft		

Bei Punkt 4/5 benötigen wir eine **ärztliche Bescheinigung**. Beinhalten sollte dieses Attest: Gesamtzeitraum, tägl. Stunden, Art der Erkrankung (Diagnose)

6. Ich beantrage  Ersatz für Verdienstausfall wegen unbezahltem Urlaub (Ehegatte), **max. 11,00 €** pro genehmigter Stunde und max. 8 Stunden pro Tag  Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushaltes durch Verwandte innerhalb der gesetzlichen Vorgaben  angemessenen Kostenersatz für eine selbstbeschaffte fremde Haushaltshilfe innerhalb der gesetzlichen Vorgaben  Kostenersatz für Haushaltshilfe durch Ersatzkraft einer caritativen Einrichtung, wie z.B. Sozialstation. Bitte sprechen Sie uns ggf. an.

**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 einer anderen Person geführt.

**7. Als selbstbeschaffte Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:**

Name, Vorname, ggf. Geburtsname, Anschrift                      Beruf                      tägl. Arbeitszeit

Arbeitgeber/Sozialstation/Sonstige:

Mit dem Versicherten verwandt oder verschwägert?

nein                       ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Voraussichtlicher Beginn der beantragten Haushaltshilfe: \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Dauer der beantragten Haushaltshilfe: \_\_\_\_\_Tage/Wochen

**8. Es entstehen mir (voraussichtlich) Kosten von \_\_\_\_\_ € je Stunde für \_\_\_\_\_ Stunden täglich**

**9. Meine Bankverbindung:**

**BIC:**

**IBAN:**

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Telefonnummer für Rückfragen:** \_\_\_\_\_

# Informationen zum Antrag auf Haushaltshilfe

## Haushaltshilfe nach gesetzlicher Regelung

Wir können Ihnen Haushaltshilfe gewähren, wenn Ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist. Die Leistung ist auf die Dauer von maximal vier Wochen begrenzt. Für **diese** Leistung ist es nicht erforderlich, dass ein Kind im Haushalt lebt.

Voraussetzung für die Gewährung einer Haushaltshilfe nach gesetzlicher Regelung ist, dass im Haushalt ein Kind unter zwölf Jahren oder ein hilfebedürftiges behindertes Kind lebt. Unter Umständen verlängert sich der Anspruch in vielen Fällen auf längstens 26 Wochen.

Wenn eine andere im Haushalt lebende Person diesen weiterführen kann, ist der Anspruch aber ausgeschlossen.

Eine Haushaltshilfe kann auch wegen Schwangerschaft und/oder Entbindung von Frauen, die die Haushaltsführung nicht weiter übernehmen können, beantragt werden.

## Haushaltshilfe als Satzungsleistung

Die Continentale BKK hat über die Satzung die gesetzlichen Voraussetzungen erweitert, so dass Haushaltshilfe auch möglich ist, wenn nach ärztlicher Bescheinigung wegen einer akuten Krankheit die Weiterführung des Haushaltes vorübergehend nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

Die Haushaltshilfe ist auf 14 Einsatztage je Erkrankung innerhalb 3 Wochen und maximal 2 Stunden je Einsatztag begrenzt. 4 Wochen nach dem letzten Einsatztag ist dies erneut möglich. Es gilt die Höchstdauer von insgesamt 28 Einsatztagen im Kalenderjahr.

Wenn in Ihrem Haushalt ein Kind lebt, welches das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, wird die Haushaltshilfe für maximal 6 Stunden je Einsatztag gewährt.

Hier gilt die aktuelle Satzungsregelung der BKK.

## Beachten Sie bitte

Wenn eine andere im Haushalt lebende Person diesen weiterführen kann (zum Beispiel an Wochenenden, in den Abendstunden, während Arbeitsunfähigkeit, arbeitsfreien Tagen oder Urlaubstagen), ist der Anspruch ausgeschlossen bzw. gemindert. Haushaltshilfe kann ebenfalls nicht zur Verfügung gestellt werden, wenn der Haushalt nicht von Ihnen geführt wurde oder Sie in Vollzeit beschäftigt sind.

Ist die Haushaltshilfe bis zum zweiten Grad mit Ihnen verwandt oder verschwägert, können höchstens die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstaufschlag erstattet werden. Ein angemessenes Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten wird dabei vorausgesetzt.

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung 10% der Kosten, mindestens 5,00 EUR, höchstens 10,00 EUR je Kalendertag der Leistung. Dies gilt nicht bei Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft / Entbindung.

Diese gesetzliche Zuzahlung ist anrechenbar bei der Prüfung, ob die im Kalenderjahr geleistete Zuzahlung die persönliche Belastungsgrenze von 1% bzw. 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt überschreiten.

## Zeitpunkt des Antrags

Wir benötigen Ihre Angaben für die Entscheidung darüber, ob wir die Kosten einer Haushaltshilfe übernehmen können. Daher beantragen Sie die Leistung unbedingt rechtzeitig, bevor Sie diese in Anspruch nehmen möchten. Ob und in welchem Umfang sich die Continentale BKK an den Kosten beteiligt, können wir erst nach Erhalt Ihrer kompletten Unterlagen feststellen.

## Wichtiger Hinweis

Die ärztliche Bescheinigung und der Antrag begründen noch keinen Leistungsanspruch gegenüber der BKK. Darüber hinaus kann die ärztlicherseits befürwortete Dauer einer Haushaltshilfe vom genehmigten Umfang der BKK abweichen. Eine Begrenzung von Stunden und Kosten durch die BKK ist im Rahmen gesetzlicher Vorschriften möglich.

Bitte rufen Sie uns einfach an, wenn Sie Fragen haben oder weitere Informationen wünschen. Wir stehen Ihnen gern persönlich zur Verfügung.