

## Antrag auf Haushaltshilfe

für die Kostenübernahme von Betreuungsleistungen im Rahmen der Haushaltshilfe müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

1. in Ihrem Haushalt lebt ein Kind, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist **und**
2. die das Kind und den Haushalt betreuende Person soll stationär im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung behandelt werden **oder**
3. bei der das Kind und den Haushalt betreuenden Person liegt eine akute Erkrankung vor, so dass Betreuung nicht erfolgen kann **oder**
4. der den Haushalt führenden Person ist die Betreuung des Haushaltshalts wegen Schwangerschaft oder Entbindung nicht möglich.

Für die **Haushaltshilfe bei Krankenhausbehandlung** benötigen wir lediglich den beigefügten Antrag und die entsprechende Anlage ausgefüllt von Ihnen zurück und können dann die Kosten der Haushaltshilfe für die Dauer der stationären Behandlung übernehmen.

Sollte die Weiterführung Ihres Haushaltes **wegen akuter Erkrankung oder bei Schwangerschaft** nicht möglich sein, benötigen wir ergänzend noch ein Attest des behandelnden Arztes. In diesem Fall übernehmen wir die Kosten der Haushaltshilfe zunächst für längstens vier Wochen. Sollte die Erkrankung länger dauern, können wir die Kosten der Haushaltshilfe nur noch in Einzelfällen übernehmen. Bitte senden Sie uns in diesem Fall frühzeitig ein neues ärztliches Attest zu, damit wir die Verlängerung unserer Kostenzusage möglichst noch vor Ablauf der ersten vier Erkrankungswochen klären können.

## **Die drei Möglichkeiten der Betreuung im Haushalt:**

**Sollten Sie sich selbst eine Ersatzkraft beschaffen**, die mit Ihnen weder verwandt noch verschwägert ist, werden deren Aufwendungen in angemessener Höhe erstattet. Als angemessen werden bei einem achtstündigen Einsatz die nachgewiesenen Aufwendungen bis zu einem täglichen Höchstbetrag von 62,00 € angesehen.

Bei weniger als acht Stunden zahlen wir einen Betrag von 7,75 € stündlich. Reichen Sie uns nach Abschluss der Haushaltshilfe die anliegende Einsatzbescheinigung ein.

**Wird die Haushaltshilfe von einem gewerblichen Pflegedienst** durchgeführt, erstatten wir die Kosten nach den vertraglich vereinbarten Sätzen. Sollte der Pflegedienst keinen Vertrag mit unserer BKK geschlossen haben, übernehmen wir 15,50 € pro Stunde.

**Sollten Sie Hilfe durch eine verwandte oder verschwägte Person** bis zum zweiten Grad in Anspruch nehmen, werden keine Kosten erstattet. Es können jedoch die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstaussfall erstattet werden.

**Sollte Ihr Ehegatte durch seinen Arbeitgeber unbezahlten Urlaub erhalten**, erstatten wir den Verdienstaussfall in Höhe von 70 % des Nettoverdienstes, maximal jedoch 62,00 € kalendertäglich.

**Eigenanteile** sind sowohl bei Haushaltshilfe durch eine selbst beschaffte Ersatzkraft, bei Erstattung des Verdienstaussfalles als auch bei Haushaltshilfe durch einen gewerblichen Pflegedienst in Höhe von 10 % der erstattungsfähigen Kosten (mindestens 5,00 €, höchstens 10,00 € täglich) zu zahlen. **(Bei Schwangerschaft fällt keine Zuzahlung an!)**

**Bitte beachten Sie, dass wir die Kosten nur für die Tage übernehmen können, an denen die sonst den Haushalt führende Person verhindert ist. An Tagen, die grundsätzlich arbeitsfrei sind (Wochenende/Feiertage) wird Haushaltshilfe nicht geleistet ( Ausnahme bei Alleinerziehenden).**

Sollten Sie Fragen zum Ausfüllen des Antrages oder zur Haushaltshilfe allgemein haben, rufen Sie uns bitte an.

Ihre BKK EWE

**Anlagen: (bitte ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden)**

1. Antrag auf Haushaltshilfe Seite 1 + 2
2. Bescheinigung bei Einsatz einer selbst beschafften Haushaltshilfe oder
3. Verdienstaussfallbescheinigung bei unbezahltem Urlaub zur Vorlage beim Arbeitgeber

Bitte zurück an:  
 BKK EWE, Postfach 1420, 26004 Oldenburg

Antrag auf Haushaltshilfe für die Zeit  
 von ..... bis .....

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.

**Personalien des Mitglieds**

|                                    |                    |                                     |                                |    |    |    |    |    |    |                |
|------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|--------------------------------|----|----|----|----|----|----|----------------|
| Name, Vorname und ggf. Geburtsname | Versichertennummer | Tätigkeit/Beruf                     | Berufstätig an folgenden Tagen |    |    |    |    |    |    | von-bis<br>Uhr |
|                                    |                    |                                     | Mo                             | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |                |
| Anschrift                          |                    | Arbeitgeber/Versicherungsverhältnis |                                |    |    |    |    |    |    |                |

**Ehegatte**

|                                    |             |                 |                                |    |    |    |    |    |    |                |
|------------------------------------|-------------|-----------------|--------------------------------|----|----|----|----|----|----|----------------|
| Name, Vorname und ggf. Geburtsname | Geburtsstag | Tätigkeit/Beruf | Berufstätig an folgenden Tagen |    |    |    |    |    |    | von-bis<br>Uhr |
|                                    |             |                 | M                              | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |                |
| selbst krankenversichert bei       |             |                 |                                |    |    |    |    |    |    |                |

**Kinder unter 12 Jahren/behinderte Kinder**

|               |             |  |                    |    |    |    |    |    |    |                |
|---------------|-------------|--|--------------------|----|----|----|----|----|----|----------------|
| Name, Vorname | Geburtsstag | das Kind wird betreut  | an folgenden Tagen |    |    |    |    |    |    | von-bis<br>Uhr |
|               |             |  | M                  | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |                |
|               |             | <input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw.<br><input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus |                    |    |    |    |    |    |    |                |
|               |             | <input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw.<br><input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus |                    |    |    |    |    |    |    |                |
|               |             | <input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw.<br><input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus |                    |    |    |    |    |    |    |                |

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

**Weitere im Familienhaushalt des Versicherten lebende Personen**

|               |             |   |                                |    |    |    |    |    |    |                |
|---------------|-------------|---|--------------------------------|----|----|----|----|----|----|----------------|
| Name, Vorname | Geburtsstag | kann den Haushalt nicht weiterführen, weil,<br>(Angabe des Grundes) | Berufstätig an folgenden Tagen |    |    |    |    |    |    | von-bis<br>Uhr |
|               |             |   | M                              | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |                |
|               |             |   |                                |    |    |    |    |    |    |                |
|               |             |   |                                |    |    |    |    |    |    |                |
|               |             |   |                                |    |    |    |    |    |    |                |

In Behandlung begibt/befindet sich  der Versicherte selbst  der Ehegatte

|   |      |                   |
|---|------|-------------------|
| Krankenhaus/Entbindungsstation/Kurheim    | seit | Krankheitsursache |
| Häusliche Krankenbehandlung durch Dr.ä-zq | seit | Krankheitsursache |

## Antrag auf Haushaltshilfe (Seite 2)

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.

- Ich beantrage  angemessenen Kostenersatz für eine selbst beschaffte fremde Haushaltshilfe  Kostenersatz für Haushaltshilfe durch Ersatzkraft einer caritativen Einrichtung wie z.B. Sozialstation  Ersatz für Verdienstausfall wegen unbezahltem Urlaub  Erstattung von Fahrkosten an verwandte oder verschwägerte Personen

Die Gewährung von Haushaltshilfen ist notwendig, weil keine der im Haushalt lebenden Personen den Haushalt weiterführen kann.

Der Haushalt wurde bisher  von mir  von meinem Ehegatten  von sonstiger Person geführt.

Für die Dauer der genannten Behandlung wird das unter 12 Jahre alte Kind regelmäßig an folgenden Tagen der Woche untergebracht:

in meinem Haushalt:

entsprechende Tage ankreuzen

| M | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
|---|----|----|----|----|----|----|
|   |    |    |    |    |    |    |

außerhalb meines Haushaltes:

entsprechende Tage ankreuzen

| M | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
|---|----|----|----|----|----|----|
|   |    |    |    |    |    |    |

Name und Anschrift:

|  |
|--|
|  |
|--|

### Abrechnung der Fahrkosten der verwandten oder verschwägerten Person:

Ist die Haushaltshilfe mit Ihnen zum 2. Grade verwandt oder verschwägert, können nur die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstausfall erstattet werden, vorausgesetzt, dass diese in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten stehen.

|                            |                        |
|----------------------------|------------------------|
| Name, Vorname              | Fahrstrecke:           |
| Hinfahrt am: Rückfahrt am: | Km<br>Km<br>Km-gesamt: |

### Als selbst beschaffte Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

|   |       |
|---|-------|
| Name, Vorname sowie ggf. Geburtsname, Wohnort | Beruf |
| Arbeitgeber                                   |       |

Mit dem Versicherten verwandt oder verschwägert?

nein  ja, und zwar

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. Meine Bankverbindung : Konto: BLZ:

Datum

Unterschrift

**Erstattung der Kosten für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe**

hier: Haushaltshilfeantrag von: Name: \_\_\_\_\_, Vorname: \_\_\_\_\_ / KV-Nr. \_\_\_\_\_

Für die geleistete Haushaltshilfe in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ habe ich an

\_\_\_\_\_

Name                                      Vorname                                      Straße                                      Wohnort

am \_\_\_\_\_ einen Betrag in Höhe von insgesamt \_\_\_\_\_ € gezahlt.

Die Angaben habe ich nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß gemacht. Mir ist bekannt, dass ich mich durch unwahre Angaben und unterlassene Mitteilungen ersatzpflichtig mache.

\_\_\_\_\_                                      \_\_\_\_\_  
Datum                                      Unterschrift des Versicherten

**Bestätigung der Ersatzkraft** (Ich habe die Haushaltshilfe an den folgenden Tagen durchgeführt)

| <b>Datum</b> | <b>geleistete Std. von/bis</b> | <b>Datum</b> | <b>geleistete Std. von/bis</b> |
|--------------|--------------------------------|--------------|--------------------------------|
|              |                                |              |                                |
|              |                                |              |                                |
|              |                                |              |                                |
|              |                                |              |                                |
|              |                                |              |                                |
|              |                                |              |                                |

und den oben ausgewiesenen Betrag von

\_\_\_\_\_

Herrn/Frau                                      Wohnhaft

erhalten zu haben

\_\_\_\_\_                                      \_\_\_\_\_  
Datum                                      Unterschrift der Ersatzkraft

Die Erhebung der Daten beruht auf § 38 SGB V in Verbindung mit § 60 des Sozialgesetzbuches.

Rückantwort an:

Betriebskrankenkasse EWE  
Donnerschweer Str. 20

**Bitte Ihrem Arbeitgeber vorlegen!**

26123 Oldenburg

10.09.2008

**Verdienstausfallbescheinigung für den Ehegatten von :**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Name Vorname KV-Nr.

Herr/Frau

\_\_\_\_\_

Name, Vorname / Geburtsdatum

hatte zum Zwecke der Weiterführung des Haushaltes unbezahlten Urlaub

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Kalendertage / \_\_\_\_\_ Arbeitstage

1. Während dieser Zeit entstand ein Verdienstaussfall in Höhe von

brutto \_\_\_\_\_ € / netto \_\_\_\_\_ €

2. Wird das Arbeitsentgelt als fester Monatslohn oder als festes Monatsgehalt gezahlt?

Ja  Nein

**Falls ja: Bei der Berechnung des Arbeitsentgelt für Teilmonate wird**

- ( ) der Monat grundsätzlich mit 30 Tagen angesetzt.  
( ) von den tatsächlichen Kalendertagen des jeweiligen Monats ausgegangen.  
( ) von den tatsächlichen Arbeitstagen des Monats ausgegangen.

**Bei Erkrankung des Ehepartners besteht tariflich Anspruch auf Entgeltfortzahlung**

Ja  Nein

**Falls ja:** Es besteht ein Entgeltfortzahlungsanspruch für \_\_\_\_\_ Tage pro Kalenderjahr; davon wurden in diesem Jahr bereits \_\_\_\_\_ Tage in Anspruch genommen.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Firmenstempel

## Ärztliche Bescheinigung

Haushaltshilfeantrag von: \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ /  
Vorname Name Geb.-Datum KV-Nr.

Aus ärztlicher Sicht ist Haushaltshilfe in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ notwendig.

|     |              |              |           |
|-----|--------------|--------------|-----------|
|     |              |              |           |
| vom | Vorauss. bis | Std. pro Tag | Diagnose: |

Weitere Bemerkungen des Arztes:

Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes