

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

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.

Antrag auf Haushaltshilfe für die Zeit von bis

Personalien des Mitglieds

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

Ehegatte

Name, Vorname und ggf. Geburtsname	Geburtstag	Tätigkeit/Beruf	Berufstätig an folgenden Tagen							
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von-bis Uhr
selbst krankenversichert bei										

Kinder unter 14 Jahren/behinderte Kinder

Name, Vorname	Geburtstag	das Kind wird betreut	an folgenden Tagen							
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von-bis Uhr
1.		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Schule usw. <input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus								
2.		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Schule usw. <input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus								
3.		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Schule usw. <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 beigefügt.

In meinem Haushalt lebt kein Kind.

Ich benötige eine Haushaltshilfe

nach einer Krankenhausbehandlung

nach einer OP

Weitere im Familienhaushalt des Versicherten lebende Personen

Name, Vorname	Geburtstag	kann den Haushalt nicht weiterführen, weil, (Angabe des Grundes)	Berufstätig an folgenden Tagen							
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von - bis Uhr

In Behandlung begibt/befindet sich der Versicherte selbst der Ehegatte Kind/Kinder des Versicherten

Krankenhaus/Entbindungsstation/Kurheim	seit	Krankheitsursache
Häusliche Krankenbehandlung durch Dr. med.	seit	Krankheitsursache

Name, Vorname

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.

Antrag auf Haushaltshilfe (Seite 2)

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 14 Jahre alte Kind regelmäßig an folgenden Tagen der Woche untergebracht:

in meinem Haushalt:

(bitte entsprechende Tage ankreuzen):

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

außerhalb meines Haushaltes:

(bitte entsprechende Tage ankreuzen):

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Name und Anschrift:

Name der caritativen Einrichtung / durchführender Haushaltshilfedienst:

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: Km Rückfahrt am: Km	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: IBAN BIC**

Datum

Unterschrift

Erstattung der Kosten für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe

Haushaltshilfeantrag von:

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)

Datum	geleistete Std. von/bis	Datum	geleistete Std. von/bis

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.

**Bescheinigung des Verdienstaufalles
zur Haushaltshilfe i.S.d. § 38 Abs. 4 Satz 2 SGB V**

KV-NR des Versicherten:

1. Allgemeine Angaben

1.1. Persönliche Daten der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

1.2. Angaben zum Arbeitgeber

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

2. Angaben zum Verdienstaufall

2.1. Wird/Wurde das Arbeitsverhältnis beendet? Nein Ja, zum _____

2.2. Unbezahlte Freistellung von _____

2.3. Unbezahlte Freistellung bis _____

2.4. Regelmäßige Arbeitstage Mo Di Mi Do Fr Sa So

2.5. Gesamtzahl der unbezahlten Arbeitstage im Freistellungszeitraum _____

2.6. Während der Freistellung insgesamt ausgefallenes Nettoarbeitsentgelt _____ €

2.7. Die Kürzung erfolgt arbeitstäglich werktäglich kalendertäglich

2.8. Wir können unsere Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter auch stundenweise von der Arbeit freistellen: Ja Nein

2.9. Die Kürzung des Arbeitsentgelts erfolgte für täglich _____ Stunden

2.10. zu berücksichtigender Stundenlohn: _____ €

Datum

Unterschrift und ggf. Stempel des Arbeitgebers

Ausfüllanleitung zur Bescheinigung des Verdienstaufalles zur Haushaltshilfe i.S.d. § 38 Abs. 4 Satz 2 SGB V

1.1 Persönliche Daten der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers

Hier sind der Name, Vorname und das Geburtsdatum der Arbeitnehmerin oder des Arbeitnehmers anzugeben, da der Anspruch auf Haushaltshilfe von der Krankenkasse realisiert wird, bei der die erkrankte Person versichert ist.

1.2 Angaben zum Arbeitgeber

Hier sind der Name, die Anschrift und die Telefonnummer des Arbeitgebers anzugeben. Die Daten werden benötigt, damit die Krankenkasse den Arbeitgeber für Rückfragen zur Bescheinigung kontaktieren kann.

2.1 Wird/Wurde das Arbeitsverhältnis beendet

Hier ist anzugeben, ob das Arbeitsverhältnis beendet wurde. Dabei ist zu beachten, dass das sozialversicherungsrechtliche Beschäftigungsverhältnis ohne Arbeitsentgelt längstens für einen Monat fortbesteht (§ 7 Abs. 3 SGB IV).

2.2 unbezahlte Freistellung von 2.3 unbezahlte Freistellung bis

Hier ist jeweils das Datum anzugeben, an dem erstmals und letztmalig unbezahlte Freistellung zur Erbringung von Haushaltshilfe gewährt wurde. Dabei ist es unerheblich, ob die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter für den ganzen Tag oder nur stundenweise unbezahlt von der Arbeit freigestellt wurde.

2.4 Regelmäßige Arbeitstage

Hier sind die Wochentage anzukreuzen, an denen die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter im Freistellungszeitraum regulär gearbeitet hätte. Sofern die Arbeitstage unregelmäßig, an verschiedenen Wochentagen, geleistet werden, ist eine Angabe nicht erforderlich. Eine detaillierte Aufstellung der voraussichtlichen Arbeitstage in dem Zeitraum der unbezahlten Freistellung kann jedoch hilfreich sein.

2.5 Gesamtzahl der unbezahlten Arbeitstage im Freistellungszeitraum

Hier ist ausschließlich die Anzahl der Arbeitstage anzugeben, an denen zur Erbringung von Haushaltshilfe in dem unter 2.2 und 2.3 gemeldeten Zeitraum nicht gearbeitet wurde, ansonsten aber hätte gearbeitet werden müssen. Dabei ist es unerheblich, ob die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter für den ganzen Tag oder nur stundenweise unbezahlt von der Arbeit freigestellt wurde.

2.6 Während der Freistellung insgesamt ausgefallenes Nettoarbeitsentgelt

Hier ist das während des Freistellungszeitraums ausgefallene Nettoarbeitsentgelt, ohne einmalige Zuwendungen und beitragsfreies Entgelt, zu melden. Das ausgefallene Nettoarbeitsentgelt in diesem Sinne ist die Differenz zwischen dem Nettoarbeitsentgelt, welches ohne die unbezahlte Freistellung erzielt worden wäre, und dem tatsächlich gezahlten Nettoarbeitsentgelt.

2.7 Angabe der Kürzung des Arbeitsentgelts

Die Erstattung des Verdienstaufalles im Rahmen der Haushaltshilfe wird für die Tage erbracht, für die es ausgefallen ist. Eine gleichbleibende, durchschnittliche Zahlweise pro Leistungstag ist im Rahmen der Erstattung des Verdienstaufalles zur Erbringung von Haushaltshilfe nicht möglich. Aus diesem Grund ist anzugeben, wie die Kürzung des Arbeitsentgelts erfolgt. Die Angabe werktätig ist erforderlich, wenn die Kürzung des Arbeitsentgelts für jeden Tag einer Woche mit Ausnahme von Sonn- und Feiertagen erfolgt. Die Angabe arbeitstätig ist erforderlich, wenn die Kürzung des Arbeitsentgelts für Montag bis Freitag mit Ausnahme der gesetzlichen Feiertage erfolgt. Sofern für jeden Kalendertrag der Abwesenheit die Kürzung des Arbeitsentgelts vorgenommen wird, ist die Angabe kalendertätig erforderlich.

2.8 Wir können unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stundenweise von der Arbeit freistellen

Hier ist anzugeben, ob der Arbeitgeber seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Möglichkeit anbietet auch stundenweise von der Arbeit freigestellt zu werden. Dies ist unabhängig davon anzugeben, ob die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter diese Möglichkeit auch tatsächlich in Anspruch genommen haben.

2.9 Die Kürzung des Arbeitsentgelts erfolgt für täglich X Stunden

Wurde die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter stundenweise von der Arbeit freigestellt oder bezieht einen Stundenlohn, sind die täglichen Stunden anzugeben, für die das Arbeitsentgelt gekürzt wurde. Sofern die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter unregelmäßige Arbeitsstunden leistet oder die stundenweise Freistellung in dem beantragten Zeitraum unregelmäßig ist, ist keine Angabe zu machen. Eine detaillierte Aufstellung der Stunden kann jedoch hilfreich sein.

2.10 zu berücksichtigender Stundenlohn

Wurde die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter stundenweise von der Arbeit freigestellt oder bezieht einen Stundenlohn, ist der zu berücksichtigende Stundenlohn für die freigestellten Stunden anzugeben. Der zu berücksichtigende Stundenlohn ist aus dem ausgefallenen Nettoarbeitsentgelt dividiert durch die ausgefallenen Stunden zu ermitteln.

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

Haushaltshilfeantrag von:

Aus ärztlicher Sicht ist Haushaltshilfe erforderlich vom _____ bis _____
für _____ Stunden pro Tag wegen folgender Erkrankung(en): _____

Diagnose(n)

Es handelt sich hierbei um

- eine akute Erkrankung
- eine chronische Erkrankung
- einen akuten Schub einer chronischen Erkrankung

Aufgrund dieser Erkrankung(en) ist die Haushaltsführung zurzeit

- gar nicht
- nur eingeschränkt möglich.

Medizinische Begründung zur Einschränkung der Haushaltsführung:

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes