

Bitte zurück an:  
**BKK MEDICUS, Postfach 02 01 08, 01439 Radebeul**

**Antrag auf Haushaltshilfe**

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 Uhr
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	
Anschrift		Arbeitgeber/Versicherungsverhältnis						

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

Kinder unter 12 Jahren/behinderte Kinder									
Name, Vorname	Geburtstag	das Kind wird betreut	an folgenden Tagen					von-bis Uhr	
			Mo	Di	Mi	Do	Fr		Sa
		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw. <input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus							
		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw. <input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus							
		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte 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.

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

In Behandlung begibt/befindet sich  der Versicherte selbst  der Ehegatte

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

Bitte zurück an:  
**BKK MEDICUS, Postfach 02 01 08, 01439 Radebeul**

**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

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushaltes durch Verwandte | <input type="checkbox"/> angemessenen Kostenersatz für eine selbst beschaffene fremde Haushaltshilfe | <input type="checkbox"/> Kostenersatz für Haushaltshilfe durch Ersatzkraft einer caritativen Einrichtung wie z.B. Sozialstation | <input type="checkbox"/> Ersatz für Verdienstaussfall wegen unbezahltem Urlaub |
| <input type="checkbox"/> Vermittlung einer Haushaltshilfe durch die Krankenkasse             |  |   |  |

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	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

außerhalb meines Haushaltes, bei:

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

\_\_\_\_\_ Name

\_\_\_\_\_ Anschrift

Als selbstbeschaffte Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

Name, Vorname sowie ggf. Geburtsname, Wohnort	Beruf
Arbeitgeber	

Mit dem Versicherten verwandt oder verschwägert?

- nein                       ja, und zwar

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

Es entstehen mit (voraussichtlich) Kosten von \_\_\_\_\_ EUR je Stunde für \_\_\_\_\_ täglich.

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

**Genehmigung**

für die Zeit vom - bis	EUR je Stunde	täglich für	Höchstbetrag pro Tag	Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse
	EUR	EUR	EUR	

**ABRECHNUNG DER HAUSHALTSHILFE**

**Personalien der Haushaltshilfe**

Name, Anschrift und ggf. Geburtsname	Geburtstag	Familienstand	berufstätig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Anschrift		Mit dem Vers. verwandt od. verschwägert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar	

**Bestätigung der Haushaltshilfe/Tätigkeitsnachweis**

Datum	Uhrzeit von-bis	Std.	Datum	Uhrzeit von-bis	Std.	Datum	Uhrzeit von-bis	Std.	Datum	Uhrzeit von-bis	Std.
zusammen			zusammen			zusammen			insgesamt		

Ich bestätige, daß über die gesamte Zeit die Haushaltshilfe von keiner im Haushalt lebenden Person erbracht werden konnte und auch von keiner anderen Stelle für die Haushaltshilfe Leistungen gewährt werden.

Ich bitte um Überweisung auf:

Kontonummer	Bankleitzahl	Bezeichnung des Geldinstituts
-------------	--------------	-------------------------------

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

**Auslagenersatz**

Fahrkosten _____ mal von _____ nach _____ EUR _____	Für Krankenkasse
Verdienstaufschlag lt. anliegender Bescheinigung des Arbeitgebers _____ Arbeitsstunden je EUR	
sonstige Auslagen: _____ EUR _____	
Datum _____	Unterschrift der Haushaltshilfe _____

**Empfangsbestätigung der Haushaltshilfe (gilt nicht für Verwandte)**

Es wurden mir vom Versicherten bezahlt _____ Stunden je EUR _____ EUR _____	Für Krankenkasse
sowie folgende Auslagen: _____ EUR _____	
Datum _____	Unterschrift der Haushaltshilfe _____

**Zahlungsanordnung (wird von BKK MEDICUS ausgefüllt)**

Es sind auszuführen/zu überweisen	Sachbuch-Konto
Empfänger	
Bankverbindung	

<b>Sachlich und rechnerisch festgestellt</b>	<b>Geprüft und zur Zahlung angefordert</b>	<b>Empfangsbestätigung</b>
		Vorstehender Betrag erhalten!
Datum _____ Sachbearbeiter _____	Datum _____ Sachbearbeiter _____	Datum _____ Unterschrift des Empfängers _____

	Statistik	EDV
--	-----------	-----

## Informationen zur Gewährung von Haushaltshilfe durch die BKK MEDICUS

Die BKK MEDICUS gewährt Haushaltshilfe, wenn Versicherte wegen Krankenhausbehandlung, Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen den Haushalt nicht weiterführen können. Voraussetzung ist, dass im Haushalt ein Kind unter 12 Jahren lebt (bei Behinderung ohne Altersgrenze) und dass eine Weiterführung des Haushaltes durch eine andere im Haushalt lebende Person nicht möglich ist.

Die BKK MEDICUS gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, wenn der Versicherte häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erhält und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird für den Zeitraum für längstens 42 Tage gewährt.

Auch bei einer akuten, schweren Erkrankung wird Haushaltshilfe für die Dauer der nachgewiesenen Notwendigkeit, maximal für 42 Tage je Krankheitsfall, gewährt, wenn:

- dem Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist
- **und** im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Der tägliche Höchstbetrag für die Erstattung der selbstbeschafften Haushaltshilfe liegt im Jahr 2008 bei 62,00 Euro.

Für jeden Kalendertag der Leistungsanspruchnahme ist eine Zuzahlung in Höhe von 10 % der täglichen Krankenkassenkosten für Haushaltshilfe zu entrichten. Die tägliche Zuzahlung (Ihr Eigenanteil) beträgt mindestens 5,00 Euro bis maximal 10 Euro je Kalendertag