

Bitte zurück an:

**BKK Herkules
Postfach 10 39 60
34039 Kassel**

Antrag auf Haushaltshilfe gemäß § 38 SGB V oder § 24h SGB V

Persönliche Angaben (Antragsteller)		
Name, Vorname F_nam	Geburtsdatum 01.01.2000	Versichertennummer F_kvnr
Anschrift F_strasse, F_ort		
Telefon mobil	Telefon Festnetz	E-Mail
Name, Vorname des Ehe-/Lebenspartners*		Geburtsdatum
Arbeitgeber des Ehe-/Lebenspartners*		Krankenkasse des Ehe-/Lebenspartners*

Begründung

Die Weiterführung des Haushalts ist/war mir ab		bis	nicht möglich.
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt	von	bis	
<input type="checkbox"/> Kuraufenthalt (Kostenträger BKK Herkules)	von	bis	
<input type="checkbox"/> Entbindung	am		Bitte ärztliche Bescheinigung und eine Kopie vom Mutterpass beifügen
<input type="checkbox"/> aufgrund von Krankheit kann der Haushalt nicht fortgeführt werden	von	bis	Bitte ärztliche Bescheinigung beifügen
<input type="checkbox"/> wegen Krankheit bin ich auf Hilfe angewiesen	von	bis	Bitte ärztliche Bescheinigung beifügen
<input type="checkbox"/> Sonstige Grund	von	bis	Bitte ärztliche Bescheinigung beifügen

Angaben zum Haushalt

Im Haushalt leben außer mir folgende Personen:		
<input type="checkbox"/> erwachsene Personen:		
Vorname, Nachname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
<input type="checkbox"/> keine erwachsenen Personen		

<input type="checkbox"/> Kinder unter 12 Jahren (bzw. über 12 Jahren; aufgrund von Behinderung auf Hilfe angewiesen):	
Vorname, Nachname	Geburtsdatum

Kann der Haushalt von einer dieser Personen fortgeführt werden?

<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein. (Bitte begründen):
<input type="checkbox"/> Welche Einschränkungen liegen bei Ihnen (Antragssteller) vor?

Der Haushalt wurde bisher geführt von

<input type="checkbox"/> mir	<input type="checkbox"/> meinem Ehe-/Lebenspartner *	<input type="checkbox"/> mir und meinem Ehe-/Lebenspartner *
<input type="checkbox"/> folgender Person:		

Ich bin	<input type="checkbox"/> berufstätig	<input type="checkbox"/> nicht berufstätig	Mein Ehe-/Lebenspartner*	<input type="checkbox"/> berufstätig	<input type="checkbox"/> nicht berufstätig
<input type="checkbox"/> Montag	von	bis Uhr	<input type="checkbox"/> Montag	von	bis Uhr
<input type="checkbox"/> Dienstag	von	bis Uhr	<input type="checkbox"/> Dienstag	von	bis Uhr
<input type="checkbox"/> Mittwoch	von	bis Uhr	<input type="checkbox"/> Mittwoch	von	bis Uhr
<input type="checkbox"/> Donnerstag	von	bis Uhr	<input type="checkbox"/> Donnerstag	von	bis Uhr
<input type="checkbox"/> Freitag	von	bis Uhr	<input type="checkbox"/> Freitag	von	bis Uhr
<input type="checkbox"/> Samstag	von	bis Uhr	<input type="checkbox"/> Samstag	von	bis Uhr
<input type="checkbox"/> Sonntag	von	bis Uhr	<input type="checkbox"/> Sonntag	von	bis Uhr

Versorgung der Kinder während der Berufstätigkeit bzw. Unterbringung

Tag	Zeitraum	Kindergarten/Schule	Zeitraum	Betreut durch
<input type="checkbox"/> Montag	von bis Uhr		von bis Uhr	
<input type="checkbox"/> Dienstag	von bis Uhr		von bis Uhr	
<input type="checkbox"/> Mittwoch	von bis Uhr		von bis Uhr	
<input type="checkbox"/> Donnerstag	von bis Uhr		von bis Uhr	
<input type="checkbox"/> Freitag	von bis Uhr		von bis Uhr	
<input type="checkbox"/> Samstag	von bis Uhr		von bis Uhr	
<input type="checkbox"/> Sonntag	von bis Uhr		von bis Uhr	

Persönliche Angaben der Haushaltshilfe

Name, Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer
Anschrift		
Telefon mobil	Telefon Festnetz	E-Mail
Berufstätig? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Anschrift des Arbeitgebers:	

Notwendigkeit der Haushaltshilfe

Ich beantrage ab/vom	bis	an	Tagen in der Woche
jeweils in der Zeit von	bis	Uhr =	Stunden/Tag
<input type="checkbox"/> die Kostenerstattung für den Verdienstaussfall meines Ehe-/Lebenspartners, da dieser in diesem Zeitraum unbezahlten Urlaub hat.	Name und Anschrift des Arbeitgebers		
<input type="checkbox"/> die Kostenerstattung in angemessener Höhe für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft. Der Haushalt wird geführt von:	Name und Anschrift		
Hier entstehen Kosten in Höhe von			
		EUR täglich, bzw.	stündlich
Ich bin mit der Ersatzkraft verwandt oder verschwägert?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Verwandtschaftsverhältnis)	
Mein Kind ist/Meine Kinder sind mit der Ersatzkraft verwandt oder verschwägert?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Verwandtschaftsverhältnis)	

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten Telefonnummer für Rückfragen

Bestätigung der Haushaltshilfe / Tätigkeitsnachweis

Datum	Zeitraum (Uhrzeit)	Datum	Zeitraum (Uhrzeit)	Datum	Zeitraum (Uhrzeit)	Datum	Zeitraum (Uhrzeit)

Ich bitte um Überweisung auf das Konto

Kontoinhaber	IBAN
Geldinstitut	BIC

(*Gleichgeschlechtliche Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)

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. Die Erstattung der Haushaltshilfe kann nur erfolgen, wenn Sie in Vorleistung getreten sind. Diese weisen Sie uns bitte per Kontoauszug nach.

Datenschutzhinweis_01

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten Telefonnummer für Rückfragen