

Seite 2 zum Antrag auf Haushaltshilfe

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

4. KINDER ÜBER 14 JAHREN IM HAUSHALT		
Name, Vorname:	Geburtstag:	Kann den Haushalt nicht weiterführen, weil ...
1.		
2.		

5. WEITERE IM HAUSHALT LEBENDE PERSONEN			
Name, Vorname:	Geburtstag:	Verwandtschaftsverhältnis:	Diese Person/en können den Haushalt nicht weiterführen weil ...
1.			
2.			

6. BEGRÜNDUNG		☞ Eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung ist beizufügen!	
Die Weiterführung des Haushaltes ist mir nicht möglich wegen:			
einer akuten Erkrankung/gesundheitliche Einschränkung:			
bettlägerig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> eines privaten Unfalls <input type="checkbox"/> Arbeitsunfalls <input type="checkbox"/> Schädigung durch Dritte: _____ ☞ Name und Anschrift angeben! _____ <input type="checkbox"/> eines stationären Krankenhausaufenthaltes <input type="checkbox"/> einer ambulanten/ stationären Rehamassnahme, Kostenträger: _____ <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsbeschwerden, mutmaßlicher Entbindungstermin: _____ <input type="checkbox"/> Entbindung (Tag der Entbindung): _____			
Die Haushaltshilfe wird voraussichtlich für den Zeitraum vom _____ bis _____ für folgende Tage beantragt:			
	von	bis	Uhr
<input type="checkbox"/> Montag			Hinweise:
<input type="checkbox"/> Dienstag			
<input type="checkbox"/> Mittwoch			
<input type="checkbox"/> Donnerstag			
<input type="checkbox"/> Freitag			
<input type="checkbox"/> Samstag			
<input type="checkbox"/> Sonntag			

Seite 3 zum Antrag aus Haushaltshilfe

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

7. BEANTRAGUNG

<input type="checkbox"/> Verdienstaufgaberstattung wegen unbezahlten Urlaubs für meinen Ehepartner bzw. Lebensgefährten:	
Bankverbindung der haushaltsführenden Person:	
Kontoinhaber:	
IBAN:	
BIC:	
<input type="checkbox"/> Kostenersatz für Haushaltshilfe durch die Ersatzkraft einer karitativen Einrichtung	
Name der Einrichtung:	
Anschrift:	Telefon:
Ich willige ein, dass sich die BKK_DürkoppAdler mit einem Leistungserbringer der Haushaltshilfe in Verbindung setzen und ggf. eine Kostenübernahme versenden darf <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Kostenersatz für eine selbstbeschaffte, fremde Haushaltshilfe (max. 8,75 Euro pro Stunde, z. B. Bekannte/ Nachbarn) ☞ Hinweis: Unsere Erstattung erfolgt nur auf das Konto der Hilfskraft!	
Name, Vorname:	
Anschrift:	
<input type="checkbox"/> Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushalts durch Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grad	
Name, Vorname:	
Anschrift:	
Verwandtschaftsverhältnis:	
Berufstätig:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Anschrift des Arbeitgebers:	
Arbeitszeiten:	
☞ Aufwendungen für Fahrkosten: (bei PKW km-Angabe einfache Strecke/ Kosten öffentl. Verkehrsmittel - Fahrkarte ist beizufügen)	
Ich versichere, sämtliche Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht zu haben.	
Mit meiner Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der o.g. Familienangehörigen/ Personen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.	
X	X
Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und Nr. 6 SGB V zum Zwecke der Prüfung der Leistungspflicht und Erbringung von Haushaltshilfe nach § 38 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB V erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.bkk-da.de oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns unter datenschutz@bkk-da.de oder per Post BKK_DürkoppAdler, Datenschutzbeauftragter, Potsdamer Str. 190, 33719 Bielefeld an.

Die mit „*“ gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, ermöglichen uns aber eine schnelle und unkomplizierte Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen Ihrer Krankenversicherung bei der BKK_DürkoppAdler. Der Nutzung dieser Angaben durch die BKK_DürkoppAdler können Sie jederzeit widersprechen.

MERKBLATT ZUR BEANTRAGUNG VON HAUSHALTSHILFE

Sie können für längstens 4 Wochen eine Haushaltshilfe beantragen, wenn bei Ihnen eine schwerere Krankheit nach einer Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation oder einer Chemo- bzw. Strahlentherapie besteht. Zusätzlich darf bei Ihnen keine Pflegebedürftigkeit mit dem Pflegegrad 2,3,4 oder 5 vorliegen.

Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen u. a. wegen einer **Krankenhausbehandlung, einer Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme** oder einer **akuten Krankheit**, die ärztlicherseits bescheinigt wurde, die Haushaltsführung nicht möglich ist und sich mindestens ein Kind im Haushalt befindet, das das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Des Weiteren kann eine Haushaltshilfe gewährt werden, wenn sich im Haushalt ein behindertes Kind befindet, das auf Hilfe angewiesen ist. Bei Schwangerschaft oder Entbindung werden diese Voraussetzungen nicht gefordert!

Bei stationären Krankenhausaufenthalten ist keine zeitliche Begrenzung der Haushaltshilfe vorgesehen. Die Haushaltshilfe bei einer akuten Erkrankung wird im Rahmen unserer Extraleistungen für längstens 10 Wochen im Kalenderjahr gewährt. Zur Beurteilung, ob in diesen Fällen eine Kostenübernahme durch uns erfolgen kann, benötigen wir eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung mit Angabe der begründenden Diagnosen und des medizinisch notwendigen Leistungszeitraumes.

Außerdem haben Sie einen Anspruch, wenn die Weiterführung des Haushalts auf Grund einer schweren Erkrankung nicht möglich ist und ein Unterstützungsbedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung und ggf. bei der Betreuung des im Haushalt lebenden Kindes besteht (max. vier Wochen; mit Kind unter 12 Jahren max. 26 Wochen – insb. nach einer stationären Krankenhausbehandlung).

Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nicht für Zeiten (Stunden), in denen die haushaltsführende Person selbst berufstätig ist oder jemand anders den Haushalt weiterführen kann.

DIE HAUSHALTSHILFE KANN ERBRACHT WERDEN DURCH:

- eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe (z. B. Ehepartner, Verwandtschaft, Freunde und Nachbarn)
- einen ambulanten Pflegedienst (z. B. karitative Einrichtung)

ANSPRÜCHE IM RAHMEN DER HAUSHALTSHILFE:

- Sofern ein **Ehepartner** die Haushaltshilfe durchführt, kann bei der Inanspruchnahme von unbezahltem Urlaub der Nettoverdienstaufschlag erstattet werden, max. 135,00 Euro täglich.
- Für **Verwandte und Verschwägerter bis zum 2. Grad** (z. B. Eltern, Geschwister, Schwiegereltern oder Schwägerin) werden **keine Kosten erstattet**; bei Inanspruchnahme von unbezahltem Urlaub kann jedoch der Nettoverdienstaufschlag und ggf. die erforderlichen Fahrkosten erstattet werden (max. bewilligter Stundenumfang x 8,75 € pro Stunde).
- Bitte klären Sie die Möglichkeit der Inanspruchnahme von unbezahltem Urlaub mit dem Arbeitgeber ab. Sofern Sie länger als vier Wochen unbezahlten Urlaub vereinbaren, setzen Sie sich bitte frühzeitig mit uns in Verbindung. Hier sind versicherungsrechtliche Besonderheiten zu beachten.
- Eine Erstattung von fiktiven Aufwendungen (wie z. B. eine Erstattung für den Abbau von Überstunden oder für die Inanspruchnahme von Tarifurlaub) ist nicht möglich.
- Sofern der Haushalt durch Bekannte (nicht verwandt oder verschwägert bis zum 2. Grad) weitergeführt wird, ist eine Kostenerstattung für max. 8,75 Euro pro Stunde möglich.
- Bei der Inanspruchnahme eines Pflegedienstes werden die Kosten im Rahmen der bestehenden Verträge übernommen. Bitte setzen Sie sich vorher mit uns in Verbindung, wir sind Ihnen bei der Vermittlung eines Pflegedienstes gerne behilflich.
- Generell gilt ein Leistungsausschluss für Zeiträume, in denen eine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann (z. B. außerhalb der Arbeitszeit, bei Arbeitslosigkeit, Tarifurlaub, Arbeitsunfähigkeit- außer die im Haushalt lebende Person ist laut ärztlicher Bescheinigung hierzu nicht in der Lage).
- Haushaltshilfeleistungen können nicht für Zeiten erbracht werden, in denen die Kinder anderweitig versorgt werden (z. B. Kindergarten, Kindertagesstätte, Tagesmutter, Schule einschließlich Betreuung).
- Es besteht kein Anspruch auf Haushaltshilfe für Zeiten, in denen die haushaltsführende Person vor ihrer Erkrankung berufstätig war.

GESETZLICHE ZUZAHLUNG:

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung **je Kalendertag** der Leistungsanspruchnahme einen Eigenanteil in Höhe von 10 % der Haushaltshilfe, mindestens 5,00 Euro, höchstens 10,00 Euro. Die Zuzahlung wird durch die Krankenkasse eingefordert.

HAUSHALTSHILFE BEI STATIONÄRER BEHANDLUNG EINES KINDES UND GLEICHZEITIGER MITAUFNAHME EINES ELTERNTEILS IM KRANKENHAUS AUS MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT:

Zusätzlich zu den auf der Vorderseite genannten Voraussetzungen ist in diesen speziellen Fallgestaltungen eine besondere ärztliche Bescheinigung notwendig, in welcher der Krankenhausarzt die medizinisch notwendige Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer Behandlung bescheinigt. Eine Bescheinigung, die eine Mitaufnahme des Elternteils lediglich als „wünschenswert“ o. ä. deklariert, ist für die Gewährung von Haushaltshilfe nicht ausreichend. Bitte beachten Sie, dass in der häuslichen Umgebung ein weiteres Kind lebt, welches das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.