

Antrag auf Haushaltshilfe

gern übersenden wir Ihnen einen Antrag auf Haushaltshilfe. Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular rechtzeitig vor dem Beginn des Leistungszeitraums zurück. Bedenken Sie bitte, dass fehlende Angaben die Bearbeitungszeit verlängern können. Das beigefügte Merkblatt informiert Sie über die Voraussetzungen, unter denen die KKH die Übernahme der Kosten einer Haushaltshilfe zusagen kann.

Bitte beachten Sie, dass uns die gesetzlichen Vorschriften verpflichten, Sie an den Kosten einer Haushaltshilfe mit einer Zuzahlung von 10 % der Kosten, mindestens 5,00 €, maximal 10,00 € je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme zu beteiligen.

Bei Fragen beraten wir Sie gern.

Informationen zum Antrag auf Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)

Das Ziel der Haushaltshilfe

Haushaltshilfe soll bei einem durch Krankheit verursachten, vorübergehenden Ausfall der bisher den Haushalt führenden Person dazu beitragen, den eigenen Haushalt in seinen Grundfunktionen aufrecht zu erhalten.

Der zeitliche Umfang der Haushaltshilfe

Die Haushaltshilfe wird maximal in dem zeitlichen Umfang (Tage/Stunden) gewährt, in dem die ausgefallene Person den Haushalt vor der Erkrankung geführt hat.

Umstände, die den Anspruch auf Haushaltshilfe mindern

- Zeiten einer beruflichen Tätigkeit der bisher den Haushalt führenden Person
- Zeiten, in denen andere im Haushalt lebende Personen (z. B. Ehe-/Lebenspartner) die Haushaltsführung übernehmen können

Der gesetzliche Anspruch auf Haushaltshilfe

Ein gesetzlicher Anspruch auf Haushaltshilfe für die maximale Dauer von 28 Tagen besteht, wenn die Kosten der Behandlung von der KKH getragen werden und wenn wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung Haushaltshilfe notwendig ist.

Weitere Voraussetzungen

Die bisher den Haushalt führende Person ist bei der KKH versichert
und keine andere im Haushalt lebende Person kann die Haushaltsführung übernehmen

Wer führt die Haushaltshilfe durch und wie wird sie vergütet?

Grundsätzlich stellt die KKH eine Ersatzkraft zur Verfügung (Sachleistungsprinzip). Ist dies nicht möglich, erstattet die KKH im angemessenen Rahmen

- die Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe (max. 5,25 € pro Stunde, bis zu 4 Stunden pro Tag).
- bei unbezahltem Urlaub wegen Übernahme der Haushaltsführung durch Ehe-/Lebenspartner(in)* den nachgewiesenen Nettoverdienstaufschlag, maximal jedoch in Höhe der Sachleistung.

Wichtig: Hier können finanzielle Einbußen entstehen!

- Verwandte oder Verschwägerter bis zum 2. Grad die anlässlich der Haushaltshilfe entstandenen Fahrkosten und den deswegen entstandenen nachgewiesenen Nettoverdienstaufschlag, sofern er im Verhältnis zur Sachleistung angemessen ist.

**Bitte wenden Sie sich stets vor Inanspruchnahme der Leistung an Ihr KKH Servicezentrum.
Dort erhalten Sie auch weitere Informationen.**

* Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

Servicezeichen:



Antrag auf Haushaltshilfe

Die Angaben werden zur Erfüllung der Aufgaben der KKH nach § 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Prüfung von Leistungen der Haushaltshilfe erhoben und verarbeitet. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte unserer Internetseite "www.kkh.de/datenschutz".

Antragsteller/in								Ehe-/Lebenspartner**, Lebensgefährte						
Vorname Name														
Geburtsdatum														
Familienstand														
Adresse														
Telefon								*)						
E-Mail								*)						
Beschäftigt als								*)						
Beschäftigt bis								*)						
Krankenkasse								*)						
	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Uhrzeit von														
Uhrzeit bis														
bezahlter Urlaub, Sonderurlaub	von/bis							von/bis						

Ich beantrage eine Haushaltshilfe:

vom: _____ bis: _____

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	für mich
<input type="checkbox"/>	meine/n Ehe-/Lebenspartner(in)**
<input type="checkbox"/>	meine/n Lebensgefährten(in)

Der Haushalt wurde bisher geführt von:

<input type="checkbox"/>	mir	<input type="checkbox"/>	meinem/r Ehe-/Lebenspartner(in)/Lebensgefährten(in)**	<input type="checkbox"/>	einer anderen im Haushalt lebenden Person
--------------------------	-----	--------------------------	---	--------------------------	---

Die Weiterführung des Haushaltes ist mir zurzeit nicht möglich:

<input type="checkbox"/>	nach einer ambulanten Operation. Datum der Operation: _____
<input type="checkbox"/>	nach einer stationären Krankenhausbehandlung. Tag der Entlassung: _____
<input type="checkbox"/>	aufgrund einer schweren Erkrankung vom: _____ bis: _____ . (die ärztliche Bestätigung ist beigelegt).

* Diese Angaben sind freiwillig und stehen nicht in Zusammenhang mit der Leistungsgewährung.

** Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

In meinem Haushalt leben folgende Personen:

Andere Personen im Haushalt		
Name, Vorname, Geburtsdatum	Berufstätig/abwesend von/bis	Kann die Haushaltsführung nicht übernehmen, weil

Die Haushaltshilfe soll durchgeführt werden:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

durch eine Sozialstation
Name und Anschrift der Sozialstation:
für _____ Stunden/täglich

durch eine selbst beschaffte Ersatzkraft	
Name, Vorname, Geburtsdatum	Anschrift
Die Ersatzkraft ist mit der/dem bisher den Haushalt führenden Versicherten	
<input type="checkbox"/> verwandt/verschwägert bis zum 2. Grad, es handelt sich um _____ (z. B. Mutter, Schwester)	
<input type="checkbox"/> meiner verwandten/verschwägerten Ersatzkraft entsteht Verdienstaussfall	(Nachweis ist beigefügt/wird nachgereicht)
<input type="checkbox"/> meiner verwandten/verschwägerten Ersatzkraft entstehen Fahrkosten	(Nachweis ist beigefügt/wird nachgereicht)
<input type="checkbox"/> nicht verwandt/verschwägert	

durch meine/n Ehe-/Lebenspartner(in)	
Name, Vorname, Geburtsdatum	Anschrift
<input type="checkbox"/> meiner/m Ehe-/Lebenspartner(in) entsteht wegen der Haushaltsführung Verdienstaussfall	(Nachweis ist beigefügt/wird nachgereicht)

Ja, ich willige ein, dass die KKH mich zukünftig über KKH Produkte und Services sowie private Zusatzversicherungen unseres Kooperationspartners informiert und mich für Kundenbefragungen kontaktiert. Dies erfolgt per E-Mail, Telefon, Fax oder SMS. Zu diesen Zwecken darf die KKH die von mir angegebenen Daten speichern, verarbeiten und nutzen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit durch formlose Erklärung an die KKH, z. B. per Telefon, E-Mail oder Brief, widerrufen.

Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß vorgenommen habe. Über Änderungen während des laufenden Leistungsfalles werde ich die KKH sofort informieren.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Meine Bankverbindung für eine mögliche Auszahlung lautet:

IBAN: _____

BIC: _____

Kontoinhaber: _____

Servicezeichen:

Angaben des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin
(nicht erforderlich bei stationärer Behandlung)

Frau/Herr _____ benötigt eine Haushaltshilfe wegen

einer schweren Krankheit / Diagnose (ICD 10)

eingetreten am: _____

einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit / Diagnose (ICD 10)

eingetreten am: _____

Ergänzende Hinweise zur Erkrankung, falls erforderlich:

Die Patientin / der Patient ist zur Weiterführung des Haushaltes

nicht mehr nur eingeschränkt in der Lage.

Folgende Tätigkeiten können bzw. dürfen nicht ausgeübt werden:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kochen, Essen zubereiten | <input type="checkbox"/> Bügeln |
| <input type="checkbox"/> Reinigung der Wohnung | <input type="checkbox"/> Wäsche waschen |
| <input type="checkbox"/> Einkaufen | <input type="checkbox"/> Heben und Tragen ab _____ kg |

Die Haushaltshilfe wird benötigt

vom _____ bis _____

für jeweils _____ Stunden pro Tag, für _____ Tage pro Woche.

Sofern Sie mehr als 2 Stunden täglich für erforderlich halten bitten wir Sie, dies nachstehend zu begründen:

Sind Maßnahmen der Grundpflege notwendig?

nein ja, Art und Umfang _____

Sind Maßnahmen der Behandlungspflege notwendig

nein ja, Art und Umfang _____

Verordnung häusliche Krankenpflege (Muster 12) wurde ausgestellt ja nein

Ergänzende Hinweise:

Ort, Datum _____

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes _____

Für diese schriftliche Auskunft können Sie die Ziffer 01621 EBM abrechnen.

Deutsche Post 
ANTWORT

Servicezeichen _____

Rechnung und Erklärung der Haushaltshilfe

Angaben der Haushaltshilfe	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	
Telefon	*)
Krankenkasse	*)
Name, Vorname Versicherte/r	Geburtsdatum

Ich bin mit der/dem bisher den Haushalt führenden Versicherten (Zutreffendes bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/>	verwandt/verschwägert/verpartnert**, Verwandtschaftsverhältnis: _____
<input type="checkbox"/>	mir ist ein Verdienstausfall entstanden (Nachweis ist beigelegt)
<input type="checkbox"/>	mir sind Fahrkosten entstanden (Nachweis ist beigelegt)
<input type="checkbox"/>	nicht verwandt/verschwägert

Ich habe den Haushalt an folgenden Tagen geführt:

Jahr	Monat	Tag	Uhrzeit von/bis	Anzahl Stunden
Stunden gesamt				

Jahr	Monat	Tag	Uhrzeit von/bis	Anzahl Stunden
Stunden gesamt				

Ich habe den Haushalt _____ Stunden geführt und für meine Tätigkeit _____ €/Stunde, insgesamt _____ € am _____ erhalten.

Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß vorgenommen habe.

Ort, Datum

Unterschrift der Haushaltshilfe

- * Diese Angaben sind freiwillig und stehen nicht im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung.
- ** Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (LpartG) ihre Partnerschaft erklärt haben. Auch anzugeben sind Ehepartner, geschiedene Ehepartner, sowie Partner, die in eheähnlicher Lebensgemeinschaft leben.

Wichtiger Hinweis:
Die Vergütung als Haushaltshilfe kann steuer-/sozialversicherungspflichtig sein und den Anspruch auf die kostenfreie Familienversicherung unterbrechen. **Sie sind verpflichtet**, Finanzamt/Sozialversicherungsträger über Ihre Vergütung als Haushaltshilfe zu informieren, damit dort geprüft werden kann, ob sich eine Steuerpflicht oder Auswirkungen auf den Bezug von Sozialleistungen ergeben.

Deutsche Post 
ANTWORT

Bescheinigung des Verdienstaufalles zur Vorlage bei der Krankenkasse

Persönliche Daten der Versicherten/des Versicherten

Vorname, Name: _____

Servicezeichen: _____

Persönliche Daten der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Angaben zum Arbeitgeber

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Angaben zum Verdienstaufall

Wird/Wurde das Arbeitsverhältnis beendet ¹ Nein Ja zum _____

Unbezahlte Freistellung von _____

Unbezahlte Freistellung bis _____

Regelmäßige Arbeitstage Mo Di Mi Do Fr Sa So

Gesamtzahl der unbezahlten Arbeitstage im Freistellungszeitraum _____

Während der Freistellung insgesamt ausgefallenes Nettoarbeitsentgelt ² _____ €

Die Kürzung erfolgt arbeitstäglich werktätlich kalendertätlich

Wir können unsere Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter auch stundenweise von der Arbeit freistellen:

Ja Nein

Die Kürzung des Arbeitsentgelts erfolgte für täglich _____ Stunden

Entgangener Nettostundenlohn: _____ €

Datum

Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers

¹ Die Regelungen des § 7 Abs. 3 SGB IV sind zu beachten

² Angabe ohne einmalige Zuwendungen und ohne beitragsfreies Entgelt

Deutsche Post 
ANTWORT