

## **Antrag auf Haushaltshilfe**

Sie möchten die Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe beantragen, weil Ihnen während einer Schwangerschaft oder nach einer Entbindung vorübergehend die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist.

Gern übersenden wir Ihnen einen Antrag auf Haushaltshilfe. Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular rechtzeitig vor Beginn des Leistungszeitraums zurück. Bedenken Sie bitte, dass fehlende oder ungenaue Angaben die Bearbeitungszeit verlängern können.

Achten Sie bitte auch darauf, dass Ihr behandelnder Arzt bzw. Ihre behandelnde Ärztin die notwendigen Angaben auf dem Antrag vollständig vornimmt.

Bei Fragen beraten wir Sie gern.

## **Informationen zum Antrag auf Haushaltshilfe** während der Schwangerschaft oder nach der Entbindung (§ 24h SGB V)

### **Die Voraussetzungen für eine Haushaltshilfe bei Schwangerschaft oder Entbindung**

Während der Schwangerschaft kann ein Anspruch auf Haushaltshilfe bestehen, wenn die Schwangere an massiven Schwangerschaftsbeschwerden leidet oder - z. B. bei einer Risikoschwangerschaft (im Mutterpass vermerkt) - eine ärztlich angewiesene körperliche Schonung (Bettruhe) einhalten muss und deswegen ihren Haushalt vorübergehend nicht führen kann. Reichen Sie in diesen Fällen bitte mit dem Antrag eine Kopie des Mutterpasses ein. Allein schwangerschaftstypische Befindlichkeitsstörungen lösen grundsätzlich keinen Anspruch auf Haushaltshilfe aus.

Nach der Entbindung kann eine Haushaltshilfe, z. B. bei verzögerter Genesung, in Frage kommen.

Voraussetzung für den Anspruch auf Haushaltshilfe bei Schwangerschaft oder Entbindung ist stets, dass keine andere im Haushalt lebende Person die Weiterführung des Haushalts übernehmen kann.

Tritt während der Schwangerschaft oder nach einer Entbindung eine Erkrankung ein, ist der Anspruch auf Haushaltshilfe nach einer anderen Rechtsgrundlage (§ 38 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V) zu beurteilen.

### **Das Ziel der Haushaltshilfe**

Haushaltshilfe soll die Weiterführung des Haushalts in seinen Grundfunktionen sicherstellen, wenn die bisher den Haushalt führende Person wegen gravierender Schwangerschaftsbeschwerden oder verzögerter Genesung nach einer Entbindung den Haushalt nicht weiterführen kann.

### **Der zeitliche Umfang der Haushaltshilfe**

Haushaltshilfe wird maximal in dem zeitlichen Umfang (Tage/Stunden) geleistet, in dem die ausgefallene Person den Haushalt vor Beginn der Haushaltshilfeleistung geführt hat.

### **Umstände, die den Anspruch auf Haushaltshilfe mindern**

- Zeiten einer beruflichen Tätigkeit der bisher den Haushalt führenden Person,
- Schul- und Kindergartenzeiten des/der im Haushalt zu betreuenden Kinder,
- Zeiten, in denen andere im Haushalt lebende Personen die Haushaltsführung übernehmen können.

### **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 einer selbst beschafften Haushaltshilfe (max. 5,25 € pro Stunde), oder
- die Kosten für den Einsatz einer Vertragseinrichtung der KKH, oder
- den nachgewiesenen Nettoverdienstausschlag\*, wenn der Ehe-/Lebenspartner\*\* wegen der Übernahme der Haushaltsführung unbezahlten Urlaub nimmt und Verdienstausschlag entsteht (**Wichtig: Hier können finanzielle Einbußen entstehen!**), oder
- die Fahrkosten und den anlässlich der Haushaltshilfe nachgewiesenen Nettoverdienstausschlag\* für Verwandte oder Verschwägerter bis zum 2. Grad.

\* Die Erstattung des Nettoverdienstausschlages erfolgt, wenn der entstandene Verdienstausschlag im angemessenen Verhältnis zur Sachleistung steht.

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

**Wichtig: Die Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe setzt stets eine vorherige Antragstellung und eine Kostenzusage der KKH voraus.**

Servicezeichen: \_\_\_\_\_



### Antrag auf Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft/Entbindung

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".

|                                   |                         |    |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |  |  |
|-----------------------------------|-------------------------|----|----|----|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|--|--|
|                                   | <b>Antragsteller/in</b> |    |    |    |    |    |    |    | <b>Ehe-/Lebenspartner**, Lebensgefährte</b> |    |    |    |    |    |  |  |
| Vorname Name                      |                         |    |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |  |  |
| Geburtsdatum                      |                         |    |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |  |  |
| Familienstand                     |                         |    |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |  |  |
| Adresse                           |                         |    |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |  |  |
| Telefon                           |                         |    |    |    |    |    |    |    | *)  |    |    |    |    |    |  |  |
| E-Mail                            |                         |    |    |    |    |    |    |    | *)  |    |    |    |    |    |  |  |
| Beschäftigt als                   |                         |    |    |    |    |    |    |    | *)  |    |    |    |    |    |  |  |
| Beschäftigt bis                   |                         |    |    |    |    |    |    |    | *)  |    |    |    |    |    |  |  |
| Krankenkasse                      |                         |    |    |    |    |    |    |    | *)  |    |    |    |    |    |  |  |
| Arbeitszeit<br>(inkl. Fahrzeit)   | Mo                      | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So | Mo | Di  | Mi | Do | Fr | Sa | So |  |  |
| Uhrzeit von                       |                         |    |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |  |  |
| Uhrzeit bis                       |                         |    |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |  |  |
| bezahlter Urlaub,<br>Sonderurlaub | von/bis                 |    |    |    |    |    |    |    | von/bis                                     |    |    |    |    |    |  |  |

**Ich beantrage eine Haushaltshilfe:**  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

|                          |                              |                          |                 |
|--------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | für mich                     |                          |                 |
| <input type="checkbox"/> | meine Ehe-/Lebenspartnerin** | <input type="checkbox"/> | Lebensgefährtin |

|                          |   |  |
|--------------------------|---|--|
| <b>wegen</b>             | <b>von/bis</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> | stationärer Entbindung  |  |
| <input type="checkbox"/> | ambulanter Entbindung   |  |
| <input type="checkbox"/> | sonstiger Beschwerden während der Schwangerschaft oder nach der Entbindung<br><small>(bitte ärztliche Bescheinigung - s. nächste Seite - vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen.)</small> |  |

**Der Haushalt wurde bisher geführt von:**

|                          |     |                          |   |                          |   |
|--------------------------|-----|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | mir | <input type="checkbox"/> | meiner Ehe-/Lebenspartnerin/Lebensgefährtin** | <input type="checkbox"/> | einer anderen im Haushalt lebenden Person |
|--------------------------|-----|--------------------------|---|--------------------------|---|

**In meinem Haushalt leben folgende Personen:**

|  |   |                                |
|--|---|--------------------------------|
| <b>Kinder</b>                                      |   |                                |
| Name, Vorname, Geburtsdatum                        | Schule/Kindergarten oder Betreuung durch Tagesmutter/Au-Pair<br>von/bis |                                |
| 1.   |   |                                |
| 2.   |   |                                |
| 3.   |   |                                |
| <b>Behinderte und auf Hilfe angewiesene Kinder</b> |   |                                |
| Name, Vorname, Geburtsdatum                        | Schule/Kindergarten, sonstige Betreuung<br>von/bis                      | Art und Umfang der Behinderung |
| 1.   |   |                                |
| 2.   |   |                                |
| 3.   |   |                                |

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

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

| Andere Personen im Haushalt |                                 |  |
|-----------------------------|---------------------------------|--|
| Name, Vorname, Geburtsdatum | Berufstätig/abwesend<br>von/bis | Kann die Haushaltsführung nicht übernehmen, weil |
|                             |                                 |  |
|                             |                                 |  |

**Die Haushaltshilfe soll durchgeführt werden** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <input type="checkbox"/>  | durch eine Sozialstation für _____ Stunden/täglich |
| Name und Anschrift: _____ |  |

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/>    | 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 Verdienstaufschlag (Nachweis ist beigelegt/wird nachgereicht) |
| <input type="checkbox"/> | meiner verwandten/verschwägerten Ersatzkraft entstehen Fahrkosten (Nachweis ist beigelegt/wird nachgereicht)        |
| <input type="checkbox"/> | nicht verwandt/verschwägert   |

Die Kinderbetreuung erfolgt

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | im eigenen Haushalt für _____ Stunden/täglich         |
| <input type="checkbox"/> | im Haushalt der Ersatzkraft für _____ Stunden/täglich |

|                             |                                      |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>    | durch meine/n Ehe-/Lebenspartner(in) |
| Name, Vorname, Geburtsdatum | Anschrift                            |

meiner/m Ehe-/Lebenspartner(in) entsteht wegen der Haushaltsführung Verdienstaufschlag  
(Nachweis ist beigelegt/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: \_\_\_\_\_

**Angaben des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin**

(nicht erforderlich, sofern Haushaltshilfe wegen stationärer oder ambulanter Entbindung beantragt wird)

Frau \_\_\_\_\_ kann ihren Haushalt  
vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ für \_\_\_\_\_ Stunden/täglich nicht führen wegen

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

|                          |                                       |          |
|--------------------------|---------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Risikoschwangerschaft                 | Diagnose |
| <input type="checkbox"/> | Komplikationen in der Schwangerschaft | Diagnose |
| <input type="checkbox"/> | Erkrankung in der Schwangerschaft     | Diagnose |
| <input type="checkbox"/> | Komplikationen nach der Entbindung    | Diagnose |
| <input type="checkbox"/> | Erkrankung nach der Entbindung        | Diagnose |

**Erforderlich ist**

|                          |                      |                          |                  |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | körperliche Schonung | <input type="checkbox"/> | strikte Bettruhe |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|------------------|

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes



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 <sup>1</sup>  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 <sup>2</sup> \_\_\_\_\_ €

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

<sup>1</sup> Die Regelungen des § 7 Abs. 3 SGB IV sind zu beachten

<sup>2</sup> Angabe ohne einmalige Zuwendungen und ohne beitragsfreies Entgelt

Deutsche Post   
*ANTWORT*