

Hinweis: Die Angabe Ihrer persönlichen Daten ist auf Grund der Bestimmungen des § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) erforderlich. Fehlende oder unvollständige Angaben können zu nachteiligen Folgen (§§ 206 Abs. 2 und 307 SGB V) und ggf. zur Versagung des Leistungsanspruches führen (§ 66 SGB I). Die Angabe der Bankverbindung ist freiwillig.



BARMER GEK

[Redacted area]

Absender

Datum: [Redacted]
Versichertennummer: [Redacted]

Haushaltshilfe (von der haushaltsführenden Person auszufüllen)

1. Antragsgrund

Die Weiterführung des Haushalts ist/war mir ab _____ bis (voraussichtlich) _____ nicht möglich.
Grund:

- Krankenhausaufenthalt vom _____ bis _____
- Kuraufenthalt vom _____ bis _____ Kostenträger _____
- Entbindung am _____
- auf Grund von Krankheit kann/konnte vom _____ bis _____ (bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)
der Haushalt nicht fortgeführt werden
- wegen der Krankheit bin/war ich auf vom _____ bis _____ (bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)
Hilfe angewiesen
- sonstiger Grund _____ (bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)

2. Angaben zum Haushalt

2.1 In meinem Haushalt leben folgende Kinder unter 14 Jahren:

Vorname, ggf. abweichender Familienname _____ Geburtsdatum _____

2.2 Außer mir leben in meinem Haushalt

keine erwachsenen Personen

folgende erwachsene Personen:

Vorname, ggf. abweichender Familienname _____ Geburtsdatum _____ Verwandtschaftsverhältnis _____

Kann von einer dieser Personen der Haushalt weitergeführt werden?

ja

nein, bitte kurze Begründung:

Versicherte(r)

Versichertennummer

2.3 In meinem Haushalt leben weitere - nicht unter Ziffer 2.1 aufgeführte - Kinder über 14 Jahren, die aber auf Grund einer Behinderung auf Hilfe angewiesen sind bzw. weitere minderjährige Kinder:

Vorname, ggf. abweichender Familienname

Geburtsdatum

ggf. Angaben zur Art der Behinderung

2.4 Der Haushalt wurde bisher geführt von

mir meinem Ehe-/Lebenspartner*)
der nachstehend genannten Person

mir und meinem Ehe-/Lebenspartner*) gemeinsam

Ich bin

nicht berufstätig berufstätig

Mein Ehe-/Lebenspartner*) ist

nicht berufstätig berufstätig

Tag Uhrzeit von-bis = Std.

Tag Uhrzeit von-bis = Std.

Montag

Montag

Dienstag

Dienstag

Mittwoch

Mittwoch

Donnerstag

Donnerstag

Freitag

Freitag

Samstag

Samstag

Sonntag

Sonntag

2.5 Wer versorgt die Kinder während Ihrer Berufstätigkeit bzw. sind sie (teilweise) anderweitig untergebracht?

Tag Uhrzeit von-bis = Std. Kindergarten/Schule Uhrzeit von-bis = Std. betreut durch

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

3. Angaben zur Haushaltshilfe

Ich beantrage ab/vom bis an Tagen in der Woche
jeweils in der Zeit von Uhr bis Uhr = Stunden/Tag

die Vermittlung einer Ersatzkraft (Haushaltshilfe), da ich selbst keine Person/Einrichtung kenne, die meinen Haushalt weiterführen kann.

die Kostenerstattung für eine anderweitige Unterbringung des Kindes/der Kinder bei
Name und Anschrift

die Kostenerstattung in angemessener Höhe für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft. Der Haushalt wurde/wird weitergeführt von
Name und Anschrift

Ist diese Person durch eine andere Stelle (z. B. paritätischer Wohlfahrtsverband, konfessionelle oder kommunale Einrichtung) vermittelt worden?

Name und Anschrift

nein ja, von welcher?

Hierfür entstehen mir Kosten in Höhe von täglich € stündlich €

Versicherte(r)

Versichertennummer

Ich bin mit der Ersatzkraft verwandt oder verschwägert.

nein ja, wie?

Mein Kind ist/Meine Kinder sind mit der Ersatzkraft verwandt oder verschwägert.

nein ja, wie?

Ich bitte um

Überweisung auf das Konto der Ersatzkraft
Kontoinhaber/in

Geldinstitut

IBAN

BIC

Erstattung des Verdienstausfalles meines Ehe-/Lebenspartners*) in Höhe der Kosten, die bei Einsatz einer selbstbeschafften Ersatzkraft entstanden wären.

Kontoinhaber/in

Geldinstitut

IBAN

BIC

Übersendung eines vorbereiteten Vordrucks für die Verdienstausfallbescheinigung des Arbeitgebers.

Übersendung der Broschüre "Wie viel, wofür."

Datum/Unterschrift

*) Gleichgeschlechtliche Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes

Hinweis: Der/Die Versicherte beantragt Haushaltshilfe (§ 38 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V§ 199 Reichsversicherungsordnung - RVO). Sofern Sie diese für notwendig und zweckmäßig erachten, beantworten Sie bitte gemäß § 100 Abs. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X - in Verbindung mit § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V die nachstehenden Fragen vollständig. Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

BARMER GEK

[]
[]

Absender

[]
[]
[]

Datum:

[]

Versichertennummer:

[]

Ärztliche Bescheinigung zur Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

Versicherte/r

[]

Geburtsdatum (TT.MM.JJ)

[]

Datum (TT.MM.JJ)

Der/Die Versicherte ist zur Weiterführung des Haushaltes ab

[]

nicht mehr nur eingeschränkt in der Lage.

Grund (Diagnose)

[]
[]

Durch die Haushaltshilfe wird Krankenhausbehandlung vermieden:

nein ja

Auf Grund der Erkrankung ist strenge Bettruhe einzuhalten:

nein ja

Die/der Betreffende ist wegen der Erkrankung auf Hilfe angewiesen. Folgende Funktionseinschränkungen liegen vor:

[]

Der/dem Betreffenden ist die Haushaltsführung auf Dauer bzw. auf unabsehbare Zeit nicht mehr möglich:

nein ja

Die Haushaltshilfe wird für folgende Dauer benötigt:

[]

für jeweils

[]

Std./Tag bzw.

Individuelle Angaben, z.B. Montag – Mittwoch je 3 Stunden

[]

Datum/Stempel und Unterschrift der Vertragsärztin/des Vertragsarztes

[]