

Kranken-/Pflegeversicherten-Nr.

Knappschaft

Name, Vorname der / des Versicherten

Teil A - vom Antragsteller auszufüllenZutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen1. Ich kann/konnte in der Zeit vom _____ bis _____
wegen einer

- stationären Krankenhausbehandlung bzw. Entbindung
- ambulanten Vorsorgemaßnahme
- stationären Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme
- Krankheit bei Bezug von häuslicher Krankenpflege anstelle von Krankenhausbehandlung

- häuslichen Entbindung
- Schwangerschaft
- schweren Erkrankung, insbesondere Bettlägerigkeit
- ambulanten ärztlichen Behandlung, bei der an sich stationäre Krankenhausbehandlung geboten ist/war, durch die Gewährung einer Haushaltshilfe aber nicht erforderlich wird/wurde oder abgekürzt werden kann/konnte
- erneuten Erkrankung bei gleicher Symptomatik/gleichem Krankheitsbild den Haushalt nicht weiterführen.

**Wenn hier angekreuzt,
bitte zusätzlich Teil B vom
behandelnden Arzt ausfüllen
lassen**

Die Kosten der Leistung übernimmt/hat übernommen:

Kostenträger: _____ ganz teilweise

2. Krankheitsursache

- Allgemeine Krankheit
- Unfall
- Es wurde bereits ein Antrag gestellt und es handelt sich um das gleiche Krankheitsbild/um die gleiche Symptomatik

 ja nein

Wenn ja, wann wurde dieser Antrag gestellt? _____

3. In meinem Haushalt leben die nachstehend genannten Kinder bzw. Kinder, die behindert und auf Hilfe angewiesen sind:

Name und Vorname	geboren am	Kindschaftsverhältnis	bisher im Kindergarten, -hort; Schule, Tagesheimstätte und ähnliche untergebracht täglich von - bis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

4. In meinem Haushalt leben außerdem keine folgende Personen

Name und Vorname	geboren am	Verwandschafts- bzw. Schwägerschaftsverhältnis	kann den Haushalt nicht weiterführen, weil
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

5. Der Haushalt wurde bisher geführt von:

- mir selbst mir und meinem Ehegatten/Lebenspartner gemeinsam sonstiger Person _____
 meinem Ehegatten/Lebenspartner

(Name, Adresse und gegebenenfalls Verwandschafts- oder Schwägerschaftsverhältnis)

Ich bin nicht berufstätig berufstätig Mein Ehegatte/Lebenspartner ist nicht berufstätig berufstätig

Tag	Uhrzeit von-bis	= Stunden	Tag	Uhrzeit von-bis	= Stunden
Montag	-	=	Montag	-	=
Dienstag	_____	=	Dienstag	_____	=
Mittwoch	_____	=	Mittwoch	_____	=
Donnerstag	_____	=	Donnerstag	_____	=
Freitag	_____	=	Freitag	_____	=
Samstag	_____	=	Samstag	_____	=
Sonntag	_____	=	Sonntag	_____	=

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

Tag	Uhrzeit von-bis	= Stunden	Einrichtung Schule/Kita/Kiga	Uhrzeit von-bis	= Stunden	Betreuung durch
Montag	-			-		
Dienstag	_____			_____		
Mittwoch	_____			_____		
Donnerstag	_____			_____		
Freitag	_____			_____		
Samstag	_____			_____		
Sonntag	_____			_____		

6. Während welcher Zeit täglich konnten Sie oder eine andere im Haushalt lebende Person während des Antragszeitraumes (siehe 1.) den Haushalt nicht weiterführen?

- Montag bis Freitag von _____ bis _____ (Uhr) _____
- Samstag von _____ bis _____ (Uhr) _____
- Sonn- und Feiertage von _____ bis _____ (Uhr) _____
- Bitte Nachweis (z. B. Arbeitsbescheinigung, Schichtplan, etc.) beifügen!

7. Haben Sie oder eine andere im Haushalt lebende Person während der eingangs genannten Zeit Tarifurlaub oder unbezahlten Urlaub genommen, weil eine geeignete Ersatzkraft nicht beschafft werden konnte?

- nein Ja, Tarifurlaub vom _____ bis _____
- Ja, unbezahlter Urlaub vom _____ bis _____

Name und Anschrift des Arbeitgebers

8. Fallen sonstige arbeitsfreie Zeiten des/der Antragstellers(in) oder einer anderen im Haushalt lebenden Person in den Zeitraum (z. B. Arbeitsunfähigkeitstage, Ruhetage, Kurzarbeit, witterungsbedingte Arbeitslosigkeit usw.)?

- nein Ja vom _____ bis _____
- vom _____ bis _____

9. Folgende(s) Kind(er) wird/werden/wurde(n) während der Zeit der stationären bzw. ambulanten Behandlung oder Kur außerhalb des Familienhaushalts versorgt:

Name(n) des Kindes/der Kinder

Unterbringung in/im/bei

- Kinderheim Kinderkrippe
- Bekannten Kindertagesstätte
- Verwandten/Verschwägerten
- sonstige Stelle _____

Höhe der Aufwendungen pro Tag

_____ Euro

(Bitte Rechnung beifügen)

10. Die Haushaltshilfe wird/wurde von mir selbst beschafft; es handelt(e) sich um eine

- sonstige, nicht verwandte oder verschwägerte Person
- Hilfskraft von einer Organisation (caritative Einrichtung)
- verwandte oder verschwägerte Person
gegebenenfalls Verwandtschafts- oder Schwägerschaftsverhältnis _____

Die Haushaltshilfekraft

Name _____ Vorname _____ Straße, Hausnummer, Wohnort _____

hat vom _____ bis _____

täglich von _____ Uhr bis _____ Uhr an _____ Stunden

- meinen Haushalt geführt.
- das Kind/die Kinder in meinem Haushalt versorgt und beaufsichtigt.
- das Kind/die Kinder in ihrem eigenen Haushalt versorgt und beaufsichtigt.

Für diese Tätigkeit habe ich ihr eine Entschädigung von _____ Euro täglich stündlich
insgesamt also _____ Euro gezahlt (Quittung ist beigelegt)

11. Den Erstattungsbetrag bitte ich auf mein Konto zu überweisen

Name und Sitz des Geldinstitutes

BIC

IBAN

Ich versichere ausdrücklich, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen. Mir ist bewusst,
dass ich zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückzahlen muss.

Rechnungsbelege sind beigelegt.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. Bevollmächtigten

Informationen zum Antrag auf Haushaltshilfe

Haushaltshilfe kann unter anderem in Anspruch genommen werden, wenn wegen einer Krankenhausbehandlung oder einer Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und keine andere im Haushalt lebende Person diesen weiterführen kann. Ferner muss im Haushalt ein Kind unter 12 Jahren oder ein behindertes und auf Hilfe angewiesenes Kind leben, welches auch während der Abwesenheit der eigentlich haushaltsführenden Person beaufsichtigt und betreut werden muss.

Bei Schwangerschaft oder Entbindung wird diese Voraussetzung nicht gefordert.

Dies sind die **gesetzlichen** Leistungen. Wir leisten jedoch mehr. Haushaltshilfe steht Ihnen auch dann zur Verfügung

- wenn Ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen einer schweren Erkrankung, insbesondere wegen Bettlägerigkeit nicht möglich ist oder
- wenn stationäre Krankenhausbehandlung geboten ist, durch die Gewährung einer Haushaltshilfe aber nicht erforderlich wird oder abgekürzt werden kann,

soweit im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Voraussetzung ist ferner, dass eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Haushaltshilfe wird zunächst für bis zu **sechs Wochen** gewährt. Sie kann in demselben Krankheitsfall erneut für bis zu sechs Wochen gewährt werden, wenn die Voraussetzungen zwischenzeitlich weggefallen waren.

Wir übernehmen die Kosten für eine professionelle Haushaltshilfekraft im Rahmen der vertraglichen Regelungen oder erstatten die angemessenen Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe. Für Verwandte und Verschwägte bis zum zweiten Grade werden jedoch nur die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstausfall übernommen, wenn sie in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst entstehenden Kosten stehen.

Bitte beachten Sie, dass der Antrag bei auswärtiger Unterbringung der Kinder ohne Weiterführung des eigenen Haushalts - abgesehen von Notfällen - immer vorher gestellt werden muss.

Zu Ihrer Information teilen wir Ihnen mit, dass Erwachsene eine gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung zur Haushaltshilfe zu leisten haben, sofern die Haushaltshilfe nicht wegen Schwangerschaft oder Entbindung erbracht wird. Diese Zuzahlung ist für jeden Anspruchstag zu entrichten und beträgt 10 Prozent der übernahmefähigen kalendertäglichen Kosten; es sind allerdings nicht mehr als 10 Euro, mindestens 5 Euro je Kalendertag zu zahlen. Während eines Kalenderjahres sind nur Zuzahlungen bis zu der in § 62 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) festgelegten Belastungsgrenze zu leisten. Auf Antrag wird eine Befreiung geprüft.

Datenschutzhinweis nach § 67a Absatz 3 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X)

Die Mitteilung der geforderten Angaben ist erforderlich, damit über den Antrag entschieden werden kann. Die Angabe der Bankverbindung erfolgt freiwillig.