

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.

Hinweis: Die Angabe Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist für die Durchführung unserer Aufgaben nach § 284 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit §§ 60 SGB I und 21 SGB X erforderlich.

Bei Fragen beraten wir Sie gern.

Überzeugen Sie auch Freunde, Verwandte und Kollegen von den zahlreichen Vorteilen Ihrer KKH. Mehr Infos unter www.kkh.de.

Informationen zum Antrag auf Haushaltshilfe (§ 38 SGB V und § 27 der Satzung)

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
- Schul- bzw. Kindergartenzeiten des/der zu betreuenden Kindes/Kinder
- 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 besteht bei

- stationärer Krankenhausbehandlung,
- ambulanter/stationärer Vorsorgeleistung,
- Vorsorgeleistung für Mütter,
- stationärer Rehabilitation,
- Rehabilitationsleistung für Mütter,
- häuslicher Krankenpflege,

wenn die Kosten der Behandlung von der Kasse getragen werden.

Weitere Voraussetzungen

- Die bisher den Haushalt führende Person ist bei der KKH versichert
und keine andere im Haushalt lebende Person kann die Haushaltsführung übernehmen
und im Haushalt lebt ein Kind, welches das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

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, max. 8 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!**
- für 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.

Das PLUS der KKH

Die KKH bietet ihren Versicherten einen zusätzlichen Anspruch auf Haushaltshilfe, wenn die bisher den Haushalt führende Person wegen einer Erkrankung den Haushalt vorübergehend nicht führen kann

- und** eine andere im Haushalt lebende Person die Haushaltsführung nicht übernehmen kann
und im Haushalt mindestens ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat
und eine selbst beschaffte Haushaltshilfe eingesetzt wird, oder der/die Ehe-/Lebenspartner(in) wegen der Übernahme der Haushaltsführung bei unbezahltem Urlaub einen Verdienstaufschlag erlitten hat.

Umfang der zusätzlichen Leistung

Max. 10 Leistungstage im Kalenderjahr zu je max. 4 Stunden.

Bei Einsatz einer selbst beschafften Ersatzkraft (z. B. Bekannte, Nachbarn, Sozialstation) werden die nachgewiesenen Kosten in Höhe von max. 5,25 € pro Stunde erstattet. Die Erstattung des nachgewiesenen Nettoverdienstaufschlags erfolgt im angemessenen Rahmen.

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

Antrag auf Haushaltshilfe

Ihre Angaben sind nach § 38 SGB V für die Bearbeitung erforderlich. Die Angaben werden geschützt und vertraulich behandelt. Eine Datenübermittlung an Dritte erfolgt nicht.

Mitglied								Ehe-/Lebenspartner**, Lebensgefährte						
Name, Vorname														
Geburtsdatum														
Familienstand														
Adresse														
Telefon/E-mail														
Beschäftigt als								*)						
Beschäftigt bis								*)						
Krankenkasse								*)						
Arbeitszeit (incl. Fahrzeit)	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:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	für mich
<input type="checkbox"/>	meinen Ehe-/Lebenspartner

wegen	von/bis
<input type="checkbox"/> stationärer Krankenhausbehandlung	
<input type="checkbox"/> Vorsorge-/Rehabilitationsleistung	
<input type="checkbox"/> häuslicher Krankenpflege	
<input type="checkbox"/> akuter Erkrankung (Bitte ärztliches Attest beifügen)	

In meinem Haushalt leben folgende Personen:

Kinder		
Name, Vorname, Geburtsdatum	Schule/Kindergarten oder Betreuung durch Tagesmutter/Au-Pair	von/bis
1.		
2.		
3.		
Behinderte und auf Hilfe angewiesene Kinder		
Name, Vorname, Geburtsdatum	Schule/Kindergarten, sonstige Betreuung	Art und Umfang der Behinderung
	von/bis	
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 von/bis	Kann die Haushaltsführung nicht übernehmen, weil

Die Haushaltshilfe soll durchgeführt werden:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> als Sachleistung (z. B. Einsatz einer Sozialstation)
für _____ Stunden/täglich durch die Sozialstation _____

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 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	

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

Ja, ich möchte zukünftig von der KKH Informationen über private Zusatzversicherungen ihres Kooperationspartners erhalten. Die Beratung kann telefonisch, per E-Mail oder schriftlich erfolgen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

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

Bankverbindung des Antragstellers: _____

Angaben des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin

Frau/Herr _____ benötigt eine Haushaltshilfe wegen

<input type="checkbox"/> akuter Erkrankung	Diagnose
<input type="checkbox"/> akuter Verschlechterung einer bestehenden Erkrankung	Diagnose

vom _____ bis _____ für _____ Stunden/täglich.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Rechnung und Erklärung der Haushaltshilfe

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

Ich bin mit der/dem bisher den Haushalt führenden Versicherten (Zutreffendes bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/>	verwandt/verschwägert/verpartnert**, Verwandtschaftsverhältnis: _____
<input type="checkbox"/>	meiner verwandten/verschwägerten Ersatzkraft entsteht Verdienstaufschlag (Nachweis ist beigefügt)
<input type="checkbox"/>	meiner verwandten/verschwägerten Ersatzkraft entstehen Fahrkosten (Nachweis ist beigefügt)
<input type="checkbox"/>	nicht verwandt/verschwägert

Ich habe (Zutreffendes bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/>	den Haushalt der/des Versicherten weitergeführt
<input type="checkbox"/>	die Kinderbetreuung erfolgte im Haushalt der/des Versicherten
<input type="checkbox"/>	die Kinderbetreuung erfolgte in meinem Haushalt

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.

Bestätigung des Arbeitgebers über Verdienstaussfall

Frau/Herr _____

PID _____

tägliche Arbeitszeit von _____ Uhr bis _____ Uhr

erhielt (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	bezahlten Urlaub	von/bis
	unbezahlten Urlaub <small>(Beachten Sie bitte, dass bei unbezahltem Urlaub von mehr als einem Monat die Krankenversicherung zu beenden ist.)</small>	von/bis
	Sonderurlaub	von/bis

Es entstand folgender **Netto-Verdienstaussfall**:

vom _____ bis _____ für _____ Tage = _____ €.

	die Entgeltzahlung erfolgt arbeitstächlich
	die Entgeltzahlung erfolgt kalendertächlich
	im unbezahlten Urlaub liegende Feiertage wurden vergütet
	im unbezahlten Urlaub liegende Feiertage wurden nicht vergütet

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers