

Bitte zurück an:  
Ernst & Young BKK, Postfach 12 11, 34202 Melsungen

**Antrag auf Haushaltshilfe (Seite 1)**

Die nachstehenden Daten sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB) erhoben und zum Zweck der Datenverarbeitung gespeichert.

Personalien des Antragstellers/ der Antragstellerin								
Name, Vorname	Versichertennummer	Tätigkeit/Beruf	Berufstätig an folgenden Tagen					von-bis Uhr
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	
Anschrift		Arbeitgeber/Versicherungsverhältnis						

Ehegatte, Lebenspartner								
Name, Vorname und ggf. Geburtsname	Geburtstag	Tätigkeit/Beruf	Berufstätig an folgenden Tagen					von-bis Uhr
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	
selbst krankenversichert bei								

Kinder unter 12 Jahren/behinderte Kinder									
Name, Vorname ↓ ↓ ↓	Geburtstag ↓ ↓ ↓	das Kind wird be- treut ↓ ↓ ↓	an folgenden Tagen					von-bis Uhr	
			Mo	Di	Mi	Do	Fr		Sa
		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw. <input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus							
		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw. <input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus							
		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw. <input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus							

Das unter der lfd. Nr. \_\_\_\_\_ aufgeführte Kind ist behindert. Eine ärztliche Bescheinigung über die Art der Behinderung ist beigelegt.

Weitere im selben Haushalt des Versicherten lebende Personen									
Name, Vorname ↓ ↓ ↓	Geburtstag ↓ ↓ ↓	kann den Haushalt nicht weiterführen, weil, (Angabe des Grundes)	Berufstätig an folgenden Tagen					von-bis Uhr	
			Mo	Di	Mi	Do	Fr		Sa

In Behandlung begibt/befindet sich  der Versicherte selbst  der Ehegatte

Krankenhaus/Entbindungsstation/Kurheim	seit	Krankenhausursache
Häusliche Krankenbehandlung durch Dr. med.	seit	Krankheitsursache

Bitte zurück an:  
Ernst & Young BKK, Postfach 12 11, 34202 Melsungen

### Antrag auf Haushaltshilfe (Seite 2)

Die nachstehenden Daten sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB) erhoben und zum Zweck der Datenverarbeitung gespeichert.

Ich beantrage

Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushaltes durch Verwandte

angemessenen Kostenersatz für eine selbst beschaffene fremde Haushaltshilfe

Kostenersatz für Haushaltshilfe durch Ersatzkraft einer caritativen Einrichtung wie z.B. Sozialstation

Ersatz für Verdienstausfall wegen unbezahltem Urlaub

Die Gewährung von Haushaltshilfen ist notwendig, weil keine der im Haushalt lebenden Personen den Haushalt weiterführen kann.

Der Haushalt wurde bisher

von mir

von meinem Ehegatten

von sonstiger Person geführt.

Für die Dauer der genannten Behandlung wird das unter 12 Jahre alte Kind regelmäßig an folgenden Tagen der Woche untergebracht:

in meinem Haushalt:

entsprechende Tage ankreuzen

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

außerhalb meines Haushaltes, bei:

entsprechende Tage ankreuzen

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Anschrift

Als selbstbeschaffte Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

Name, Vorname sowie ggf. Geburtsname, Wohnort	Beruf
Arbeitgeber	

Mit dem Versicherten verwandt oder verschwägert?

nein

ja, und zwar

Ist die Haushaltshilfe mit Ihnen bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert, können nur die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstausfall erstattet werden, vorausgesetzt, dass diese in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten stehen.

Es entstehen mir (voraussichtlich) Kosten von \_\_\_\_\_ € je Stunde für \_\_\_\_\_ täglich.

*Hinweis:* Von der Ernst & Young BKK können für selbst beschaffte Haushaltshilfe max. 10,25 € je Stunde abzgl. des Eigenanteils erstattet werden.

Die Erstattung soll auf mein folgendes Konto erfolgen:

IBAN	BIC
Name des Kontoinhabers	Name der Bank

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückerstattet werden müssen. Änderungen, welche sich während der Tätigkeit der Haushaltshilfe ergeben, werde ich der Betriebskrankenkasse unverzüglich mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

<b>Angaben des Antragstellers/ der Antragstellerin:</b>	
Name, Vorname:	
Straße, Wohnort:	
Geburtsdatum, KV-Nr.:	
<b>Welche Haushaltstätigkeiten können nicht mehr ausgeführt werden und müssen von der Haushaltshilfe übernommen werden?</b>	
<b>Angaben des Arztes</b>	
<b>Wegen welcher Diagnose(n) ist Haushaltshilfe erforderlich? (Bitte fügen Sie wenn möglich auch eigene Befunde sowie vorhandene Berichte z.B. Facharzt-, Krankenhaus-, Reha-Berichte bei.)</b>	
<b>Für welchen täglichen Stundenbedarf ist die Haushaltshilfe erforderlich?</b>	
<b>Über welchen Zeitraum ist die Haushaltshilfe nach derzeitigem Ermessen erforderlich?</b>	
<b>Sonstiges / Bemerkungen / Unterschrift</b>	
_____	
Datum, Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	
- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01620 EBM berechnungsfähig -	