

## Antrag auf Haushaltshilfe

KV-Nr.: \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich in diesem Antrag alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß wiedergebe. Sollte ich Leistungen erhalten, die mir eigentlich nicht zustehen, muss ich diese zurückerstatten. Änderungen, die sich im beantragten bzw. bewilligten Zeitraum ergeben, werde ich der BMW BKK unverzüglich mitteilen.

1. Haushaltsführende Person									
Name, Vorname	Geburtstag	Tätigkeit / Beruf	Arbeitszeiten vor der Erkrankung inkl. Fahrzeit je Tag						
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
			von						
				bis					
Anschrift		Arbeitgeber							
Telefonnummer		E-Mail-Adresse							
2. Angaben zum Ehepartner / Lebenspartner / Lebensgefährten in häuslicher Gemeinschaft									
Name, Vorname	Geburtstag	Tätigkeit / Beruf	Arbeitszeiten inkl. Fahrzeit je Tag						
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
			von						
				bis					
selbst krankenversichert bei		Arbeitgeber							
3. Wer versorgt die Kinder sonst während Ihrer Berufstätigkeit? (wenn Sie keine Kinder haben weiter mit 5.)				<input type="checkbox"/> Ehemann <input type="checkbox"/> Ehefrau <input type="checkbox"/> Aufteilung durch Arbeit in Wechselschicht <input type="checkbox"/> sonstige Personen (z. B. Großeltern) <input type="checkbox"/> Kindergarten / Schule / Tagesstätte					
4. Kinder unter 12 Jahren oder behinderte und auf Hilfe angewiesene Kinder									
Name, Vorname	Geburtstag	das Kind wird betreut	an folgenden Tagen						
			Mo	Di	Mi	Do	Fr		
1		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Schule, Tagesstätte usw. <input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus z. B. bei Verwandten	Von						
			Bis						
2		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Schule Tagesstätte usw. <input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus z. B. bei Verwandten	Von						
			Bis						
3		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Schule Tagesstätte usw. <input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus z. B. bei Verwandten	Von						
			Bis						

Falls eine Behinderung bei einem Kind vorliegt, geben Sie bitte den Namen an: \_\_\_\_\_

5. Weitere im Haushalt lebende Personen								
Name, Vorname	Verwandtschaftsverhältnis	kann den Haushalt nicht weiterführen, weil	an folgenden Tagen					
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	
				Von				
				Bis				
				Von				
				Bis				
				Von				
				Bis				

KV-Nr.:

7. Haushaltshilfe wird voraussichtlich von _____ bis _____ wie folgt benötigt:			
	von Uhr	bis Uhr	Benötigte Hilfeleistungen: z. B. Kinderbetreuung, hauswirtschaftliche Aufgaben usw.
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			
Samstag			
Sonntag			

## 8. Ich kann den Haushalt nicht führen wegen:

Diagnose: \_\_\_\_\_

- Stationärer Behandlung (Krankenhaus, Reha) von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- akuter / schwerer Erkrankung (**bitte ärztliches Attest beifügen**) von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Schwangerschaft / Entbindung (**bitte ärztliches Attest beifügen**) von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

## 9. Mein Haushalt soll weitergeführt werden durch:

### meinen Ehepartner

 Mein Ehepartner hat unbezahlten Urlaub: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Ich bitte um Erstattung auf folgendes Konto:

IBAN: \_\_\_\_\_ (22 Zeichen)

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

### eine selbst beschaffte Ersatzkraft

 **Ersatzkraft bis zum 2. Grad verwandt / verschwägert** (Nur Erstattung der Fahrtkosten und Verdienstaussfall.  
Diese müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten stehen) **Ersatzkraft nicht verwandt**

Vorname und Name der Ersatzkraft: \_\_\_\_\_

Anschrift der Ersatzkraft: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber der Ersatzkraft (nur bei verwandter Ersatzkraft erforderlich): \_\_\_\_\_



### Ersatzkraft einer karitativen Einrichtung

 Ich habe bereits folgende Einrichtung ausgesucht:

Name und Anschrift der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Telefonnummer der Einrichtung: \_\_\_\_\_

 Ich habe noch keine Einrichtung gefunden: bitte unterstützen Sie mich bei der Suche.

	
Ort, Datum	Unterschrift

## Wichtige Informationen zu Ihrer Haushaltshilfe

**Bitte lesen Sie dieses Blatt aufmerksam durch, bevor Sie die Formulare ausfüllen!**

### **Wann habe ich Anspruch auf Haushaltshilfe?**

Sie müssen mehrere Voraussetzungen erfüllen, um Anspruch auf eine Haushaltshilfe zu haben:

1. Sie führen Ihren Haushalt.
2. Sie sind gesundheitlich nicht in der Lage, den Haushalt weiter zu führen. Und dies ist auf eine (a) akute / schwere Erkrankung oder (b) eine stationäre Behandlung (Krankenhaus, Reha) oder (c) Schwangerschaftsbeschwerden (z. B. strenge Bettruhe verordnet) / Entbindung zurückzuführen.
3. Eine andere Person, die in Ihrem Haushalt lebt, kann den Haushalt nicht weiterführen
4. Im Haushalt lebt mindestens 1 Kind, welches unter 12 Jahren ist oder eine Behinderung hat.

### **Gibt es Ausnahmen von diesen Kriterien?**

In bestimmten Ausnahmefällen erhalten Sie auch dann Haushaltshilfe, wenn Sie kein eigenes Kind versorgen müssen, aber Ihren Haushalt wegen akuter schwerer Krankheit (z. B. nach einer ambulanten Operation oder einem Krankenhausaufenthalt) nicht weiterführen können.

Voraussetzung ist, dass bei Ihnen keine Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 vorliegt und neben Ihnen keine weitere Person im Haushalt lebt, die den Haushalt führen könnte. Der Anspruch besteht in diesem Fall für eine maximale Dauer von vier Wochen.

### **Wer kann mich im Rahmen der Haushaltshilfe unterstützen?**

Sie haben mehrere Möglichkeiten für eine Haushaltshilfe:

- **Ihr Ehegatte / Lebenspartner oder ein Verwandter (bis zum 2. Grad verwandt / verschwägert):** In diesem Fall können wir den Verdienstausschlag und mögliche Fahrtkosten erstatten. Wir müssen dabei die Erstattungshöchstgrenzen beachten. Außerdem erstatten wir bei Verwandten keine Haushaltshilfe an Sonn- und Feiertagen, sowie sonstigen arbeitsfreien Tagen (z. B. bezahlter Urlaub, tariflicher Sonderurlaub).
- **Selbst beschaffte nicht-verwandte Ersatzkraft:** Übernimmt eine Privatperson die Weiterführung des Haushaltes, können nachgewiesene Aufwendungen in angemessener Höhe erstattet werden.
- **Eine Ersatzkraft aus einer karitativen Einrichtung:** Ggf. stehen Sie schon in Kontakt mit einer karitativen Einrichtung und können von dort eine Ersatzkraft beziehen. Ansonsten können wir Ihnen bei der Suche nach Einrichtungen behilflich sein.

### **Wie lange kann ich Haushaltshilfe beziehen?**

Die Dauer der Haushaltshilfe ist begrenzt. Ärzte sind dazu angehalten, die Notwendigkeit immer nur für 14 Tage auszustellen. So können sie regelmäßig abwägen, ob eine Haushaltshilfe noch erforderlich ist. Bei einer Haushaltshilfe ohne Kind im Haushalt ist die Leistung generell auf vier Wochen beschränkt.

### **Ist die Haushaltshilfe für mich komplett kostenlos?**

Per Gesetz müssen Sie sich an den Kosten der Haushaltshilfe beteiligen. Diese beträgt - je Kalendertag, an dem Sie die Haushaltshilfe in Anspruch nehmen - 10 Prozent der Kosten, jedoch pro Tag mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro. Lediglich Versicherte, die während einer Schwangerschaft oder Entbindung eine Haushaltshilfe benötigen, nicht volljährig oder von den Zuzahlungen befreit sind, müssen keine Zuzahlung leisten.

### **Mein Ehepartner hat Zeit, jedoch keine Erfahrung im Haushalt. Bekomme ich dann auch eine Haushaltshilfe?**

Leider nein. In diesen Fällen können wir Ihnen leider keine Haushaltshilfe zur Verfügung stellen. Daran sind wir gesetzlich gebunden.