

Vorname, Name

Versicherungsnummer oder Geburtsdatum

Ich beantrage für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Kostenerstattung für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe	<input type="checkbox"/> Kostenerstattung für Haushaltshilfe durch eine Ersatzkraft einer caritativen Einrichtung oder eines Pflegedienstes
<input type="checkbox"/> Ich benötige Unterstützung bei der Suche einer Haushaltshilfe! Die Pronova BKK vermittelt Ihnen gerne über den Kooperationspartner „zeitreicher GmbH“ eine Haushaltshilfe. Dafür geben wir den Genehmigungsumfang, Ihren Vornamen und Namen, Ihr Geburtsdatum sowie Ihre Anschrift und Telefonnummer zur Kontaktaufnahme an die „zeitreicher GmbH“ weiter. Mit der Unterschrift am Antragsende erklären Sie sich damit einverstanden. Dieses Einverständnis können Sie jederzeit für die Zukunft widerrufen.	

**Die Gewährung von Haushaltshilfe ist notwendig, weil ich alleine in meinem Haushalt lebe und diesen derzeit nicht weiterführen kann. Ursächlich dafür ist:**

- Krankenhausbehandlung bis \_\_\_\_\_  
 ambulanter Operation am: \_\_\_\_\_  
 sonstige schwerwiegende Erkrankung \_\_\_\_\_

Der Haushalt wurde bisher geführt von:	<input type="checkbox"/> mir	<input type="checkbox"/> von einer sonstigen Person. Diese kann die Haushaltshilfe aktuell nicht übernehmen. Grund: _____
--	------------------------------	--

2. Als Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

Name, vollständige Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ (Angabe ist wichtig)

Die Vertrauensperson übt eine Beschäftigung aus:  nein  ja

3. Die Vertrauensperson ist mir verwandt oder verschwägert?

 nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

Ist die Haushaltshilfe mit Ihnen bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert, können 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 in Höhe von \_\_\_\_\_ € je Stunde für \_\_\_\_\_ Stunden täglich.

**Bankverbindung:**

Bank \_\_\_\_\_ Kontoinhaber/-in \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

 Bitte rechnen Sie direkt mit der haushaltshaltshilfenden Person / Organisation ab.

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

**Datenschutzerklärung:**

Ich bin damit einverstanden, dass die Pronova BKK alle notwendigen Arztbriefe, Kur- und Krankenhaus-Entlassungsberichte, die im Zusammenhang mit meiner jetzigen Erkrankung stehen, einsieht und entbinde die Ärzte von der Schweigepflicht. Gegen die Weitergabe der Unterlagen an die Beratungsärztin / den Beratungsarzt des Medizinischen Dienstes zwecks Begutachtung habe ich nichts einzuwenden.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellenden \_\_\_\_\_

Telefon, tagsüber \_\_\_\_\_