

**Antrag auf Haushaltshilfe**
**Personalien des Mitglieds**

<b>Name, Vorname:</b>				<b>Versichertennummer:</b>			
<b>Anschrift:</b>				<b>Telefon:</b>			
berufstätig an folgenden Tagen	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Uhrzeit von /bis							

**Ehepartner/-in oder Lebenspartner/ -in**

Name, Vorname und ggf. Geburtsname						Geburtsdatum	
Selbst versichert bei:				Tätigkeit Beruf			
berufstätig an folgenden Tagen	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Uhrzeit von/bis							

**Leben Kinder im Haushalt?**     ja     nein

Name, Vorname	Geburtsdatum	das Kind wird betreut	an folgenden Tagen von/bis						
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte, Schule, etc. <input type="checkbox"/> sonstige Betreuung außer Haus							
		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte, Schule, etc. <input type="checkbox"/> sonstige Betreuung außer Haus							
		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte, Schule, etc. <input type="checkbox"/> sonstige Betreuung außer Haus							
		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte, Schule, etc. <input type="checkbox"/> sonstige Betreuung außer Haus							

Das Kind \_\_\_\_\_ ist behindert. Eine ärztliche Bescheinigung über die Art der Behinderung ist beigefügt.

**Weitere im Familienhaushalt des Versicherten/der Versicherten lebende Personen**

Name, Vorname	Geburtsdatum	Kann den Haushalt nicht weiterführen, weil (Grund):	an folgenden Tagen berufstätig von/bis						
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

**In Behandlung begibt/befindet sich**  \_\_\_\_\_  **der Ehemann/die Ehefrau**

Krankenhaus/Entbindungsstation/Kurheim	seit
--	------

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

<input type="checkbox"/> Fahrkostenerstattung bzw. Verdienstausfall für die Weiterführung des Haushaltes durch Verwandte	<input type="checkbox"/> Kostenerstattung für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe	<input type="checkbox"/> Kostenerstattung für Haushaltshilfe durch Ersatzkraft einer caritativen Einrichtung	<input type="checkbox"/> Erstattung des Verdienstausfalls auf Grund unbezahltem Urlaub
--	--	--	--

wegen:  Krankenhausbehandlung  häuslicher Krankenpflege  
 Entbindung  akuter Erkrankung  
 Schwangerschaft  
 Krankenhausbehandlung (stationäre Mitaufnahme)

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

Der Haushalt wurde bisher geführt von:	<input type="checkbox"/> mir	<input type="checkbox"/> meinem Ehemann/ meiner Ehefrau	<input type="checkbox"/> von einer sonstigen Person
--	------------------------------	---	---

1. Das Kind/die Kinder wird/werden außerhalb des eigenen Haushalts betreut:

nein  ja, Kosten entstehen in Höhe von \_\_\_\_\_ € täglich.

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 mit dem Versicherten/der Versicherten 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 \_\_\_\_\_

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 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 den Beratungsarzt des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zwecks Begutachtung habe ich nichts einzuwenden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds

\_\_\_\_\_  
Telefon, tagsüber