



BAHN-BKK
Regionalgeschäftsstelle Mitte-West
Postfach 90 02 52
60442 Frankfurt

Antrag auf Haushaltshilfe (von der haushaltsführenden Person auszufüllen)

Bitte beachten Sie: Dieser Antrag ist vor Beginn der Haushaltshilfe oder im Akutfall unmittelbar zu Beginn der Erkrankung zu stellen.

Name, Vorname des Antragstellers (haushaltsführende Person)	Kundennummer	Geburtsdatum
Anschrift	Familienstand	Telefonnummer

1. Antragsgrund:

Die Weiterführung des Haushalts ist/war mir ab _____ bis (voraussichtlich) _____ nicht möglich.
Grund:

- Zustand nach ambulanter OP vom _____ bis _____
- Krankenhausbehandlung vom _____ bis _____
- Zustand nach ambulanter Krankenhausbehandlung / §116 b SGB V vom _____ bis _____
- Zustand nach Krankenhausbehandlung vom _____ bis _____
- Zustand nach Behandlung in Institutsambulanz vom _____ bis _____
- Häusliche Krankenpflege vom _____ bis _____
- Krankheit vom _____ bis _____
- Schwangerschaft vom _____ bis _____
- Entbindung vom _____ bis _____
- Kuraufenthalt vom _____ bis _____ Kostenträger

Bitte ärztliche Bescheinigung (Anlage) beifügen.

2. Tage an denen ich regelmäßig arbeite:

Nur auszufüllen, wenn die haushaltsführende Person in einem Beschäftigungsverhältnis steht.

Abwesenheitszeiten: Arbeitszeit inkl. Fahrzeit / Uhrzeit (von bis)	
<input type="checkbox"/> Montag	
<input type="checkbox"/> Dienstag	
<input type="checkbox"/> Mittwoch	
<input type="checkbox"/> Donnerstag	
<input type="checkbox"/> Freitag	
<input type="checkbox"/> Samstag	
<input type="checkbox"/> Sonntag	

3. Außer dem Antragsteller im Haushalt lebende Personen:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Behinderung oder Pflegestufe	Verwandtschaftsverhältnis	Abwesenheitszeiten (Arbeit, Schule, Kindergarten, sonstige Betreuungen)	Krankenkasse

Bei beruflichen Abwesenheiten: Bitte Bestätigung des Arbeitgebers beifügen. (Anlage: Verhinderungsnachweis)

Die Weiterführung des Haushaltes ist durch mich oder durch eine andere im Haushalt lebende Person möglich:
 ja teilweise nein Grund: _____

4. Ersatzkraft:

Name, Vorname der Ersatzkraft	Geburtsdatum	Krankenkasse
Anschrift	Berufliche Tätigkeit	Telefonnummer

Die Ersatzkraft ist mit mir verwandt/verschwägert nein¹ ja², Art: _____

¹Für die Erstattung ist der Nachweis über die tatsächlich entstandenen Kosten erforderlich.
 (Anlage: Kostennachweis)

²Bitte beachten Sie, dass beim Ehegatten oder einer Person mit einer Verwandtschaft bis zum 2. Grad, eine Bestätigung des Arbeitgebers über den (gegebenenfalls) entstandenen Verdienstaussfall beizufügen ist.
 (Anlage: Bestätigung Verdienstaussfall)

Die Ersatzkraft soll von der Krankenkasse vermittelt werden

In diesem Fall bin ich damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten zum Zweck der Kontaktaufnahme an einen Leistungserbringer weitergegeben werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Daten ausschließlich zur Vertragsumsetzung, zur Leistungsabrechnung und zur Abrechnungsprüfung verwendet werden.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Datenverarbeitung freiwillig erkläre und jederzeit formlos widerrufen kann. Ebenfalls ist mir bekannt, dass mein Leistungsanspruch nicht davon abhängt, dass ich diese Erklärung abgebe.

5. Die Haushaltshilfe wird für folgende Tage beantragt:

	Uhrzeit (von bis)	Uhrzeit (von bis)	Tägl. Stunden
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			
Samstag			
Sonntag			

6. Weitergehende Informationen zum Hilfebedarf

Informationen zur Wohnsituation

- Einfamilienhaus
- Mehrfamilienhaus
- Erdgeschoss
1. Stock
2. Stock
3. Stock und weitere Etagen
- Aufzug vorhanden? Ja Nein

Leistungsbedarf hauswirtschaftliche Versorgung

- Haushalt allgemein Anzahl Std. pro Woche: -----
- Wäsche Anzahl Std. pro Woche: -----
- Einkaufen Anzahl Std. pro Woche: -----
- Zubereitung von Mahlzeiten Anzahl Std. pro Woche: -----

Kinderbetreuung

Anzahl der Kinder: -----

Alter Kind 1: ----- Anzahl Std. pro Woche: -----

Beschreibung der Kinderbetreuung: -----

Alter Kind 2: ----- Anzahl Std. pro Woche: -----

Beschreibung der Kinderbetreuung: -----

Alter Kind 3: ----- Anzahl Std. pro Woche: -----

Beschreibung der Kinderbetreuung: -----

Alter Kind 4: ----- Anzahl Std. pro Woche: -----

Beschreibung der Kinderbetreuung: -----

Sonstige wichtige Informationen

7. Kosten:

Ich habe mit der Ersatzkraft folgenden Stundenlohn vereinbart: _____ €

8. Die Erstattung soll auf folgende Bankverbindung erfolgen:

Name der Bank

IBAN

BIC

Kontoinhaber/in

Erklärung: Ich versichere, dass meine Antragsangaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Mir ist bekannt, dass wesentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen und zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können. Gleichzeitig verpflichte ich mich, Veränderungen zu den vorstehenden Angaben der Krankenkasse sofort mitzuteilen.

_____ (Datum)

_____ (Unterschrift der versicherten Person)

_____ (ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertretung)

Bemerkungen: _____

Meine Telefonnummer: _____

Datenschutzhinweis

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung unserer Aufgaben erforderlich. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) finden Sie auf unserer Internetseite www.bahn-bkk.de/datenschutz. Gern senden wir Ihnen diese Informationen auch zu. Rufen Sie uns dazu bitte unter unserer kostenfreien Servicenummer an: 0800 22 46 255. Sie erreichen uns täglich von 8 bis 20 Uhr.