

# Antrag auf Haushaltshilfe

(von der haushaltsführenden Person auszufüllen)



**BKK VerbundPlus**  
 Zeppelinring 13  
 88400 Biberach

E-Mail: [info@bkkvp.de](mailto:info@bkkvp.de)  
 Haben Sie Fragen?  
**Servicehotline: 0800 2234 987**  
 (Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

## Personalien des Mitglieds

Name, Vorname und ggf. Geburtsname	Versichertennummer	Tätigkeit/Beruf	Berufstätig an den folgenden Tagen						
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Anschrift			Arbeitgeber						

## Ehegatte

Name, Vorname und ggf. Geburtsname	Geburtstag	Tätigkeit/Beruf	Berufstätig an den folgenden Tagen						
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
selbst krankenversichert bei									

## Kinder unter 12 Jahren/behinderte Kinder

Name, Vorname	Geburtstag	Das Kind wurde bisher betreut	an den folgenden Tagen						
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
1.		im Kindergarten, Tagesstätte usw.							
		sonst. Betreuung außer Haus							
		von-bis Uhr							
1.		im Kindergarten, Tagesstätte usw.							
		sonst. Betreuung außer Haus							
		von-bis Uhr							
1.		im Kindergarten, Tagesstätte usw.							
		sonst. Betreuung außer Haus							
		von-bis Uhr							

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

## Weitere im Familienhaushalt des Versicherten lebende Personen

Name, Vorname und ggf. Geburtsname	Geburtstag	kann den Haushalt nicht weiterführen, weil (Angabe des Grundes)	Berufstätig an den folgenden Tagen						
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

In Behandlung begibt/befindet sich	der Versicherte selbst	der Ehegatte	Krankheitsursache
Krankenhaus/Entbindungsstation/Kurheim	seit		Krankheitsursache
Häusliche Krankenbehandlung durch Dr. med.	seit		Krankheitsursache



bei \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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

**Eine Haushaltshilfe ist wegen folgender Erkrankung, Verschlimmerung einer Erkrankung, Schwangerschaft oder Entbindung erforderlich (Bitte mit Befundangabe und Diagnose)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Besteht Bettlägerigkeit?

Ja, vollständig    Ja; teilweise \_\_\_\_\_ Std.    nein

## In welchen Bereichen besteht Hilfebedarf?

Kochen    Spülen    Waschen    Putzen    Bügeln    Einkaufen    Keine    Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Befinden sich nach Ihrer Kenntnis Kinder im Haushalt?

Nein    Ja    Anzahl: \_\_\_\_\_    Alter: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## In welchem Umfang ist die Kinderbetreuung zumutbar?

in vollem Umfang  
weitestgehend, aber kein Tragen oder Heben von Kleinkindern  
in geringem Umfang, z. B. Hausaufgabenhilfe, Spiele ohne viel Bewegung, Kinder auf dem Weg zum Kindergarten oder zur Schule begleiten

Sonstige Aufgaben der Kinderbetreuung sind möglich: \_\_\_\_\_  
Aufgrund des Gesundheitszustandes ist keinerlei Kinderbetreuung möglich bzw. unzumutbar

## Für welchen Zeitraum halten Sie die Haushaltshilfe erforderlich?

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Stundenanzahl täglich \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Stundenanzahl täglich \_\_\_\_\_

## Kann der Umfang (Stunden) der Haushaltshilfe aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustandes reduziert werden?

Nein    Ja    ab \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

## Unterschrift

Ort / Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

KV-Nr. des Versicherten

## 1. Allgemeine Angaben

### 1.1 Persönlich Daten der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers

Name, Vorname	Geburtsdatum	
---------------	--------------	--

### 1.2 Angaben zum Arbeitgeber

Name	Telefonnummer
Anschrift	

## 2. Angaben zum Verdienstaufall

2.1 Wird/Wurde das Arbeitsverhältnis beendet? Nein Ja, zum _____	2.2 Unbezahlte Freistellung von	2.3 Unbezahlte Freistellung bis
2.4 Regelmäßige Arbeitstage Mo Di Mi Do Fr Sa So	2.5 Gesamtzahl der unbezahlten Arbeitstage im Freistellungszeitraum	
2.6 Während der Freistellung insgesamt ausgefallenes Nettoarbeitsentgelt	2.7 Die Kürzung erfolgt arbeitstäglich werktäglich kalendertäglich	
2.8 Wir können unsere Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter auch stundenweise von der Arbeit freistellen Ja Nein		
2.9 Die Kürzung des Arbeitsentgelts erfolgte für täglich ... Stunden	2.10 Zu berücksichtigender Stundenlohn	

## Unterschrift

Ort/Datum	Unterschrift und ggf. Stempel des Arbeitgebers
-----------	--

### **1.1 Persönliche Daten der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers**

Hier ist der Name, Vorname und das Geburtsdatum der Arbeitnehmerin oder des Arbeitnehmers anzugeben, da der Anspruch auf Haushaltshilfe von der Krankenkasse realisiert wird, bei der die erkrankte Person versichert ist.

### **1.2 Angaben zum Arbeitgeber**

Hier ist der Name, die Anschrift und die Telefonnummer des Arbeitgebers anzugeben. Die Daten werden benötigt, damit die Krankenkasse den Arbeitgeber für Rückfragen zur Bescheinigung kontaktieren kann.

### **2.1 Wird/Wurde das Arbeitsverhältnis beendet**

Hier ist anzugeben, ob das Arbeitsverhältnis beendet wurde. Dabei ist zu beachten, dass das sozialversicherungsrechtliche Beschäftigungsverhältnis ohne Arbeitsentgelt längstens für einen Monat fortbesteht (§ 7 Abs. 3 SGB IV).

### **2.2 Unbezahlte Freistellung von**

### **2.3 Unbezahlte Freistellung bis**

Hier ist jeweils das Datum anzugeben, an dem erstmals und letztmalig unbezahlte Freistellung zur Erbringung von Haushaltshilfe gewährt wurde. Dabei ist es unerheblich, ob die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter für den ganzen Tag oder nur stundenweise unbezahlt von der Arbeit freigestellt wurde.

### **2.4 Regelmäßige Arbeitstage**

Hier sind die Wochentage anzukreuzen, an denen die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter im Freistellungszeitraum regulär gearbeitet hätte. Sofern die Arbeitstage unregelmäßig, an verschiedenen Wochentagen, geleistet werden, ist eine Angabe nicht erforderlich. Eine detaillierte Aufstellung der voraussichtlichen Arbeitstage in dem Zeitraum der unbezahlten Freistellung kann jedoch hilfreich sein.

### **2.5 Gesamtzahl der unbezahlten Arbeitstage im Freistellungszeitraum**

Hier ist ausschließlich die Anzahl der Arbeitstage anzugeben, an denen zur Erbringung von Haushaltshilfe in dem unter 2.2 und 2.3 gemeldeten Zeitraum nicht gearbeitet wurde, ansonsten aber hätte gearbeitet werden müssen. Dabei ist es unerheblich, ob die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter für den ganzen Tag oder nur stundenweise unbezahlt von der Arbeit freigestellt wurde.

### **2.6 Während der Freistellung insgesamt ausgefallenes Nettoarbeitsentgelt**

Hier ist das während des Freistellungszeitraums ausgefallene Nettoarbeitsentgelt, ohne einmalige Zuwendungen und beitragsfreies Entgelt, zu melden. Das ausgefallene Nettoarbeitsentgelt in diesem Sinne ist die Differenz zwischen dem Nettoarbeitsentgelt, welches ohne die unbezahlte Freistellung erzielt worden wäre, und dem tatsächlich gezahlten Nettoarbeitsentgelt.

### **2.7 Angabe der Kürzung des Arbeitsentgelts**

Die Erstattung des Verdienstausfalles im Rahmen der Haushaltshilfe wird für die Tage erbracht, für die es ausgefallen ist. Eine gleichbleibende, durchschnittliche Zahlweise pro Leistungstag ist im Rahmen der Erstattung des Verdienstausfalles zur Erbringung von Haushaltshilfe nicht möglich. Aus diesem Grund ist anzugeben, wie die Kürzung des Arbeitsentgelts erfolgt. Die Angabe werktäglich ist erforderlich, wenn die Kürzung des Arbeitsentgelts für jeden Tag einer Woche mit Ausnahme von Sonn- und Feiertagen erfolgt. Die Angabe arbeitstäglich ist erforderlich, wenn die Kürzung des Arbeitsentgelts für Montag bis Freitag mit Ausnahme der gesetzlichen Feiertage erfolgt. Sofern für jeden Kalendertrag der Abwesenheit die Kürzung des Arbeitsentgelts vorgenommen wird, ist die Angabe kalendertäglich erforderlich.

### **2.8 Wir können unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stundenweise von der Arbeit freistellen**

Hier ist anzugeben, ob der Arbeitgeber seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Möglichkeit anbietet auch stundenweise von der Arbeit freigestellt zu werden. Dies ist unabhängig davon anzugeben, ob die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter diese Möglichkeit auch tatsächlich in Anspruch genommen hat.

### **2.9 Die Kürzung des Arbeitsentgelts erfolgt für täglich X Stunden**

Wurde die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter stundenweise von der Arbeit freigestellt oder bezieht einen Stundenlohn, sind die täglichen Stunden anzugeben, für die das Arbeitsentgelt gekürzt wurde. Sofern die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter unregelmäßige Arbeitsstunden leistet oder die stundenweise Freistellung in dem beantragten Zeitraum unregelmäßig ist, ist keine Angabe zu machen. Eine detaillierte Aufstellung der Stunden kann jedoch hilfreich sein.

### **2.10 Zu berücksichtigender Stundenlohn**

Wurde die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter stundenweise von der Arbeit freigestellt oder bezieht einen Stundenlohn, ist der zu berücksichtigende Stundenlohn für die freigestellten Stunden anzugeben. Der zu berücksichtigende Stundenlohn ist aus dem ausgefallenen Nettoarbeitsentgelt dividiert durch die ausgefallenen Stunden zu ermitteln.

Name, Vorname, Geburtsdatum des Mitglieds \_\_\_\_\_

## Personalien der Haushaltshilfe

Name, Vorname und ggf. Geburtsname	Geburstag	Familienstand	berufstätig? Ja    Nein
Anschrift		Mit dem Vers. verwandt od. verschwägert? Nein    Ja, und zwar _____	

## Bestätigung der Haushaltshilfe/Tätigkeitsnachweis

Datum	Uhrzeit von-bis	Std.	Datum	Uhrzeit von-bis	Std.	Datum	Uhrzeit von-bis	Std.	Datum	Uhrzeit von-bis	Std.
									zusammen		
zusammen			zusammen			zusammen			insgesamt		

Ich bestätige, dass über die gesamte Zeit die Haushaltshilfe von keiner im Haushalt lebenden Person erbracht werden konnte und auch von keiner anderen Stelle für die Haushaltshilfe Leistungen gewährt werden.  
Ich bitte um Überweisung auf das Konto: IBAN \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Ort/ Datum	Unterschrift des Versicherten
------------	-------------------------------

## Auslagenersatz

Fahrkosten  
\_\_\_\_\_ mal von \_\_\_\_\_ nach \_\_\_\_\_ Betrag \_\_\_\_\_

Verdienstausfall gemäß beigefügter Bescheinigung des Arbeitgebers  
\_\_\_\_\_ Arbeitsstunden je Beitrag

Sonstige Auslagen \_\_\_\_\_ Betrag \_\_\_\_\_

## Empfangsbestätigung der Haushaltshilfe (gilt nicht für Verwandte/Verschwägerte bis zum 2. Grad)

Es wurden mir vom Versicherten bezahlt  
\_\_\_\_\_ Stunden je Betrag \_\_\_\_\_ Betrag \_\_\_\_\_

sowie folgende Auslagen \_\_\_\_\_ Betrag \_\_\_\_\_

Ort/ Datum	Unterschrift der Haushaltshilfe
------------	---------------------------------

Diese Daten sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden auf Grund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB) erhoben und zum Zwecke der Datenverarbeitung gespeichert.