

Antrag auf Haushaltshilfe

gern übersenden wir Ihnen einen Antrag auf Haushaltshilfe. Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular rechtzeitig vor dem Beginn des Leistungszeitraums zurück. Bedenken Sie bitte, dass fehlende Angaben die Bearbeitungszeit verlängern können. Das beigefügte Merkblatt informiert Sie über die Voraussetzungen, unter denen die KKH die Übernahme der Kosten einer Haushaltshilfe zusagen kann.

Bitte beachten Sie, dass uns die gesetzlichen Vorschriften verpflichten, Sie an den Kosten einer Haushaltshilfe mit einer Zuzahlung von 10 % der Kosten, mindestens 5,00 €, maximal 10,00 € je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme zu beteiligen.

Bei Fragen beraten wir Sie gern.

Mit freundlichen Grüßen
KKH Kaufmännische Krankenkasse
Ihr Serviceteam

Überzeugen Sie auch Freunde, Verwandte und Kollegen von den zahlreichen Vorteilen Ihrer KKH. Mehr Infos unter www.kkh.de/empfehlen.

Informationen zum Antrag auf Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)

Das Ziel der Haushaltshilfe

Haushaltshilfe soll bei einem durch Krankheit verursachten, vorübergehenden Ausfall der bisher den Haushalt führenden Person dazu beitragen, den eigenen Haushalt in seinen Grundfunktionen aufrecht zu erhalten.

Der zeitliche Umfang der Haushaltshilfe

Die Haushaltshilfe wird maximal in dem zeitlichen Umfang (Tage/Stunden) gewährt, in dem die ausgefallene Person den Haushalt vor der Erkrankung geführt hat.

Umstände, die den Anspruch auf Haushaltshilfe mindern

- Zeiten einer beruflichen Tätigkeit der bisher den Haushalt führenden Person
- Zeiten, in denen andere im Haushalt lebende Personen (z. B. Ehe-/Lebenspartner) die Haushaltsführung übernehmen können

Der gesetzliche Anspruch auf Haushaltshilfe

Ein gesetzlicher Anspruch auf Haushaltshilfe für die maximale Dauer von 28 Tagen besteht, wenn die Kosten der Behandlung von der KKH getragen werden und wenn wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung Haushaltshilfe notwendig ist.

Weitere Voraussetzungen

Die bisher den Haushalt führende Person ist bei der KKH versichert
und keine andere im Haushalt lebende Person kann die Haushaltsführung übernehmen

Wer führt die Haushaltshilfe durch und wie wird sie vergütet?

Grundsätzlich stellt die KKH eine Ersatzkraft zur Verfügung (Sachleistungsprinzip). Ist dies nicht möglich, erstattet die KKH im angemessenen Rahmen

- die Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe (bis zu 4 Stunden pro Tag).
- bei unbezahltem Urlaub wegen Übernahme der Haushaltsführung durch Ehe-/Lebenspartner(in)* den nachgewiesenen Nettoverdienstaufschlag, maximal jedoch in Höhe der Sachleistung.

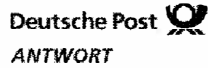
Wichtig: Hier können finanzielle Einbußen entstehen!

- Verwandte oder Verschwägerter bis zum 2. Grad die anlässlich der Haushaltshilfe entstandenen Fahrkosten und den deswegen entstandenen nachgewiesenen Nettoverdienstaufschlag, sofern er im Verhältnis zur Sachleistung angemessen ist.

**Bitte wenden Sie sich stets vor Inanspruchnahme der Leistung an Ihr KKH Servicezentrum.
Dort erhalten Sie auch weitere Informationen.**

* Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

Servicezeichen:



Kaufmännische Krankenkasse KKH
30125 Hannover

Antrag auf Haushaltshilfe

Die Angaben werden zur Erfüllung der Aufgaben der KKH nach § 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Prüfung von Leistungen der Haushaltshilfe erhoben und verarbeitet. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte unserer Internetseite "www.kkh.de/datenschutz".

Antragsteller/in								Ehe-/Lebenspartner**, Lebensgefährte						
Vorname Name														
Geburtsdatum														
Familienstand														
Adresse														
Telefon *)														
E-Mail *)														
Beschäftigt als *)														
Beschäftigt bis *)														
Krankenkasse *)														
	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Uhrzeit von														
Uhrzeit bis														
bezahlter Urlaub, Sonderurlaub von/bis								von/bis						

Ich beantrage eine Haushaltshilfe:

vom: _____ bis: _____

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	für mich
<input type="checkbox"/>	meine/n Ehe-/Lebenspartner(in)**
<input type="checkbox"/>	meine/n Lebensgefährten(in)

Der Haushalt wurde bisher geführt von:

<input type="checkbox"/>	mir	<input type="checkbox"/>	meinem/r Ehe-/Lebenspartner(in)/Lebensgefährten(in)**	<input type="checkbox"/>	einer anderen im Haushalt lebenden Person
--------------------------	-----	--------------------------	---	--------------------------	---

Die Weiterführung des Haushaltes ist mir zurzeit nicht möglich:

<input type="checkbox"/>	nach einer ambulanten Operation. Datum der Operation: _____
<input type="checkbox"/>	nach einer stationären Krankenhausbehandlung. Tag der Entlassung: _____
<input type="checkbox"/>	aufgrund einer schweren Erkrankung vom: _____ bis: _____ . (die ärztliche Bestätigung ist beigelegt).

* Diese Angaben sind freiwillig und stehen nicht in Zusammenhang mit der Leistungsgewährung.

** Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

In meinem Haushalt leben folgende Personen:

Andere Personen im Haushalt		
Name, Vorname, Geburtsdatum	Berufstätig/abwesend von/bis	Kann die Haushaltsführung nicht übernehmen, weil

Die Haushaltshilfe soll durchgeführt werden:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

durch eine Sozialstation
Name und Anschrift der Sozialstation:
für _____ Stunden/täglich

durch eine selbst beschaffte Ersatzkraft	
Name, Vorname, Geburtsdatum	Anschrift
Die Ersatzkraft ist mit der/dem bisher den Haushalt führenden Versicherten	
<input type="checkbox"/>	verwandt/verschwägert bis zum 2. Grad, es handelt sich um _____ (z. B. Mutter, Schwester)
<input type="checkbox"/>	meiner verwandten/verschwägerten Ersatzkraft entsteht Verdienstausschluss (Nachweis ist beigefügt/wird nachgereicht)
<input type="checkbox"/>	meiner verwandten/verschwägerten Ersatzkraft entstehen Fahrkosten (Nachweis ist beigefügt/wird nachgereicht)
<input type="checkbox"/>	nicht verwandt/verschwägert. Die Haushaltsführung erfolgt an _____ Stunden täglich, die Bezahlung beträgt _____ €/Stunde.

durch meine/n Ehe-/Lebenspartner(in)	
Name, Vorname, Geburtsdatum	Anschrift
<input type="checkbox"/>	meiner/m Ehe-/Lebenspartner(in) entsteht wegen der Haushaltsführung Verdienstausschluss (Nachweis ist beigefügt/wird nachgereicht)

Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß vorgenommen habe. Über Änderungen während des laufenden Leistungsfalles werde ich die KKH sofort informieren.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Meine Bankverbindung für eine mögliche Auszahlung lautet:

IBAN: _____

BIC: _____

Kontoinhaber: _____

Servicezeichen:

Angaben des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin

Frau/Herr _____ benötigt eine Haushaltshilfe wegen

einer schweren Krankheit / Diagnose (ICD 10)

eingetreten am: _____

einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit / Diagnose (ICD 10)

eingetreten am: _____

Wird die Haushaltshilfe aufgrund eines Unfalls benötigt?

nein ja

Ergänzende Hinweise zur Erkrankung, falls erforderlich:

Die Patientin / der Patient ist zur Weiterführung des Haushaltes

nicht mehr nur eingeschränkt in der Lage.

Folgende Tätigkeiten können bzw. dürfen nicht ausgeübt werden:

Kochen, Essen zubereiten Bügeln
 Reinigung der Wohnung Wäsche waschen
 Einkaufen Heben und Tragen ab _____ kg

Die Haushaltshilfe wird benötigt

vom _____ bis _____

für jeweils _____ Stunden pro Tag, für _____ Tage pro Woche.

Sofern Sie mehr als 2 Stunden täglich für erforderlich halten bitten wir Sie, dies nachstehend zu begründen:

Ist eine Rehabilitationsmaßnahme nach dem Krankenhausaufenthalt erforderlich?

nein ja, ab _____ ambulant stationär

Ergänzende Hinweise:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Für diese schriftliche Auskunft können Sie die Ziffer 01621 EBM abrechnen.

Rechnung und Erklärung der Haushaltshilfe

Angaben der Haushaltshilfe	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	
Telefon	*)
Krankenkasse	*)
Name, Vorname Versicherte/r	Geburtsdatum

Ich bin mit der/dem bisher den Haushalt führenden Versicherten (Zutreffendes bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/>	verwandt/verschwägert/verpartnert**, Verwandtschaftsverhältnis: _____
<input type="checkbox"/>	mir ist ein Verdienstaufschlag entstanden (Nachweis ist beigelegt)
<input type="checkbox"/>	mir sind Fahrtkosten entstanden (Nachweis ist beigelegt)
<input type="checkbox"/>	nicht verwandt/verschwägert

Ich habe den Haushalt an folgenden Tagen geführt:

Jahr	Monat	Tag	Uhrzeit von/bis	Anzahl Stunden
Stunden gesamt				

Jahr	Monat	Tag	Uhrzeit von/bis	Anzahl Stunden
Stunden gesamt				

Ich habe den Haushalt _____ Stunden geführt und für meine Tätigkeit _____ €/Stunde, insgesamt _____ € am _____ erhalten.

Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß vorgenommen habe.

Ort, Datum

Unterschrift der Haushaltshilfe

* Diese Angaben sind freiwillig und stehen nicht im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung.
 ** Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (LpartG) ihre Partnerschaft erklärt haben. Auch anzugeben sind Ehepartner, geschiedene Ehepartner, sowie Partner, die in eheähnlicher Lebensgemeinschaft leben.

Wichtiger Hinweis:
 Die Vergütung als Haushaltshilfe kann steuer-/sozialversicherungspflichtig sein und den Anspruch auf die kostenfreie Familienversicherung unterbrechen. **Sie sind verpflichtet**, Finanzamt/Sozialversicherungsträger über Ihre Vergütung als Haushaltshilfe zu informieren, damit dort geprüft werden kann, ob sich eine Steuerpflicht oder Auswirkungen auf den Bezug von Sozialleistungen ergeben.

Bescheinigung des Verdienstaufalles zur Vorlage bei der Krankenkasse

1. Persönliche Daten der Versicherten/des Versicherten

Servicezeichen: _____

1.2 Persönliche Daten der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

1.3 Angaben zum Arbeitgeber

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

2. Angaben zum Verdienstaufall

2.1 Wird/Wurde das Arbeitsverhältnis beendet¹ 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 Nettoarbeitsentgelt² _____ €

2.7 Die Kürzung erfolgt arbeitstäglich werktätlich kalendertätlich

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 Entgangener Nettostundenlohn: _____ €

Datum

Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers

¹ Die Regelungen des § 7 Abs. 3 SGB IV sind zu beachten

² Angabe ohne einmalige Zuwendungen und ohne beitragsfreies Entgelt

Ausfüllanleitung zur Bescheinigung des Verdienstaufalles

2.1 Wird/Wurde das Arbeitsverhältnis beendet

Hier ist anzugeben, ob das Arbeitsverhältnis beendet wurde. Dabei ist § 7 Abs. 3 SGB IV zu beachten.

2.2 unbezahlte Freistellung von

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

2.3 unbezahlte Freistellung bis

Hier ist das Datum anzugeben, bis zu dem unbezahlte Freistellung zur Erbringung von Haushaltshilfe gewährt wurde. Dabei ist es unerheblich, ob der Arbeitnehmer für den ganzen Tag oder nur stundenweise unbezahlt von der Arbeit freigestellt wurde.

2.4 Regelmäßige Arbeitstage

Hier sind die Wochentage anzukreuzen, an denen der Arbeitnehmer im Freistellungszeitraum regulär gearbeitet hätte. Sofern die Arbeitstage unregelmäßig, an verschiedenen Wochentagen, geleistet werden, ist eine Angabe nicht erforderlich.

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 der Arbeitnehmer 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 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 Verdienstaufalles 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 Verdienstaufalles zur Erbringung von Haushaltshilfe nicht möglich. Aus diesem Grund ist anzugeben, wie die Kürzung des Arbeitsentgelts erfolgt.

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

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

2.9 Die Kürzung des Arbeitsentgelts erfolgt für täglich X Stunden

Wurde der Mitarbeiter stundenweise von der Arbeit freigestellt oder bezieht einen Stundenlohn, sind die täglichen Stunden anzugeben, für die das Arbeitsentgelt gekürzt wurde. Sofern der Mitarbeiter unregelmäßige Arbeitsstunden leistet oder variable stundenweise Freistellung von der Arbeit gewährt wurde, ist hier keine Angabe zu machen.

2.10 Entgangener Nettostundenlohn

Wurde der Mitarbeiter stundenweise von der Arbeit freigestellt oder bezieht einen Stundenlohn, ist der entgangene Nettostundenlohn anzugeben.