

Antrag auf Haushaltshilfe

Sie möchten die Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe beantragen, weil Ihnen während einer Schwangerschaft oder nach einer Entbindung vorübergehend die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist.

Gern übersenden wir Ihnen einen Antrag auf Haushaltshilfe. Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular rechtzeitig vor Beginn des Leistungszeitraums zurück. Bedenken Sie bitte, dass fehlende oder ungenaue Angaben die Bearbeitungszeit verlängern können.

Achten Sie bitte auch darauf, dass Ihr behandelnder Arzt bzw. Ihre behandelnde Ärztin die notwendigen Angaben auf dem Antrag vollständig vornimmt.

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 während der Schwangerschaft oder nach der Entbindung (§ 24h SGB V)

Die Voraussetzungen für eine Haushaltshilfe bei Schwangerschaft oder Entbindung

Während der Schwangerschaft kann ein Anspruch auf Haushaltshilfe bestehen, wenn die Schwangere an massiven Schwangerschaftsbeschwerden leidet oder - z. B. bei einer Risikoschwangerschaft (im Mutterpass vermerkt) - eine ärztlich angewiesene körperliche Schonung (Bettruhe) einhalten muss und deswegen ihren Haushalt vorübergehend nicht führen kann. Reichen Sie in diesen Fällen bitte mit dem Antrag eine Kopie des Mutterpasses ein. Allein schwangerschaftstypische Befindlichkeitsstörungen lösen grundsätzlich keinen Anspruch auf Haushaltshilfe aus.

Nach der Entbindung kann eine Haushaltshilfe, z. B. bei verzögerter Genesung, in Frage kommen.

Voraussetzung für den Anspruch auf Haushaltshilfe bei Schwangerschaft oder Entbindung ist stets, dass keine andere im Haushalt lebende Person die Weiterführung des Haushalts übernehmen kann.

Tritt während der Schwangerschaft oder nach einer Entbindung eine Erkrankung ein, ist der Anspruch auf Haushaltshilfe nach einer anderen Rechtsgrundlage (§ 38 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V) zu beurteilen.

Das Ziel der Haushaltshilfe

Haushaltshilfe soll die Weiterführung des Haushalts in seinen Grundfunktionen sicherstellen, wenn die bisher den Haushalt führende Person wegen gravierender Schwangerschaftsbeschwerden oder verzögerter Genesung nach einer Entbindung den Haushalt nicht weiterführen kann.

Der zeitliche Umfang der Haushaltshilfe

Haushaltshilfe wird maximal in dem zeitlichen Umfang (Tage/Stunden) geleistet, in dem die ausgefallene Person den Haushalt vor Beginn der Haushaltshilfeleistung geführt hat.

Umstände, die den Anspruch auf Haushaltshilfe mindern

- Zeiten einer beruflichen Tätigkeit der bisher den Haushalt führenden Person,
- Schul- und Kindergartenzeiten des/der im Haushalt zu betreuenden Kinder,
- Zeiten, in denen andere im Haushalt lebende Personen die Haushaltsführung übernehmen können.

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

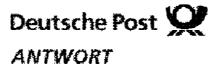
- die Kosten einer selbst beschafften Haushaltshilfe, oder
- die Kosten für den Einsatz einer Vertragseinrichtung der KKH, oder
- den nachgewiesenen Nettoverdienstausschlag*, wenn der Ehe-/Lebenspartner** wegen der Übernahme der Haushaltsführung unbezahlten Urlaub nimmt und Verdienstausschlag entsteht (**Wichtig: Hier können finanzielle Einbußen entstehen!**), oder
- die Fahrkosten und den anlässlich der Haushaltshilfe nachgewiesenen Nettoverdienstausschlag* für Verwandte oder Verschwägerter bis zum 2. Grad.

* Die Erstattung des Nettoverdienstausschlages erfolgt, wenn der entstandene Verdienstausschlag im angemessenen Verhältnis zur Sachleistung steht.

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

Wichtig: Die Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe setzt stets eine vorherige Antragstellung und eine Kostenzusage der KKH voraus.

Servicezeichen:



KKH Kaufmännische Krankenkasse
30125 Hannover

Antrag auf Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft/Entbindung

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									*)						
Arbeitszeit (inkl. Fahrzeit)	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: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	für mich	
<input type="checkbox"/>	meine Ehe-/Lebenspartnerin**	Lebensgefährtin

wegen	von/bis
<input type="checkbox"/> stationärer Entbindung	
<input type="checkbox"/> ambulanter Entbindung	
<input type="checkbox"/> sonstiger Beschwerden während der Schwangerschaft oder nach der Entbindung <small>(bitte ärztliche Bescheinigung - s. nächste Seite - vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen.)</small>	

Der Haushalt wurde bisher geführt von:

<input type="checkbox"/>	mir	<input type="checkbox"/>	meiner Ehe-/Lebenspartnerin/Lebensgefährtin**	<input type="checkbox"/>	einer anderen im Haushalt lebenden Person
--------------------------	-----	--------------------------	---	--------------------------	---

In meinem Haushalt leben folgende Personen:

Kinder		
Name, Vorname, Geburtsdatum	Schule/Kindergarten oder Betreuung durch Tagesmutter/Au-Pair von/bis	
1.		
2.		
3.		
Behinderte und auf Hilfe angewiesene Kinder		
Name, Vorname, Geburtsdatum	Schule/Kindergarten, sonstige Betreuung von/bis	Art und Umfang der Behinderung
1.		
2.		
3.		

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.

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)

<input type="checkbox"/>	durch eine Sozialstation für _____ Stunden/täglich
Name und Anschrift: _____	

<input type="checkbox"/>	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 Verdienstaufschlag (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 Kinderbetreuung erfolgt

<input type="checkbox"/>	an _____ Stunden täglich in meinem Haushalt . Die Bezahlung beträgt _____ €/Stunde.
<input type="checkbox"/>	an _____ Stunden täglich im Haushalt der Ersatzkraft . Die Bezahlung beträgt _____ €/Stunde.

<input type="checkbox"/>	durch meine/n Ehe-/Lebenspartner(in)
Name, Vorname, Geburtsdatum	Anschrift
<input type="checkbox"/>	meiner/m Ehe-/Lebenspartner(in) entsteht wegen der Haushaltsführung Verdienstaufschlag (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: _____

Angaben des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin

(nicht erforderlich, sofern Haushaltshilfe wegen stationärer oder ambulanter Entbindung beantragt wird)

Frau _____ kann ihren Haushalt
vom _____ bis _____ für _____ Stunden/täglich nicht führen wegen

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Risikoschwangerschaft	Diagnose
<input type="checkbox"/>	Komplikationen in der Schwangerschaft	Diagnose
<input type="checkbox"/>	Erkrankung in der Schwangerschaft	Diagnose
<input type="checkbox"/>	Komplikationen nach der Entbindung	Diagnose
<input type="checkbox"/>	Erkrankung nach der Entbindung	Diagnose

Erforderlich ist

<input type="checkbox"/>	körperliche Schonung	<input type="checkbox"/>	strikte Bettruhe
--------------------------	----------------------	--------------------------	------------------

Ort, Datum _____
Unterschrift und Stempel des Arztes

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.