

**Antrag auf Haushaltshilfe**

	Versicherte/r							Ehe-/Lebenspartner/in						
Name, Vorname:														
Geburtsdatum:														
Familienstand:														
Anschrift:														
KV-Nummer:														
Tätigkeit/Beruf:														
Arbeitgeber:														
Berufstätig an folgenden Arbeitstagen:	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Uhrzeit: von														
bis														
Krankenkasse:														

Weitere Personen im Haushalt

Name, Vorname	Geburtsdatum	Schul- oder Kindergartenbesuch		Behindert oder auf Hilfe angewiesen?	
		Von	Bis	Ja	Nein
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grund der Haushaltshilfe

Ich benötige eine Haushaltshilfe

- während einer stationären Behandlung (Krankenhaus, Rehabilitation, Vorsorgemaßnahme)
vom _____ bis _____
- nach einer stationären Behandlung
vom _____ bis _____
- nach einer ambulanten Operation am _____
- wegen einer akuten schweren Erkrankung (bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)
- wegen Schwangerschaftsbeschwerden / Entbindung (bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)
- wegen medizinisch begründeter Begleitung einer / eines Angehörigen bei einer stationären Behandlung
vom _____ bis _____
- Angaben zum / zur Angehörigen

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Zeitraum und Umfang der Haushaltshilfe

Ich beantrage eine Haushaltshilfe vom _____ bis _____

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Uhrzeit von							
Uhrzeit bis							

Ich beantrage

- Ersatz für Verdienstausschlag wegen unbezahlten Urlaubs
- angemessenen Kostenersatz für eine selbst beschaffte fremde Haushaltshilfe (z.B. Nachbarn)
- Haushaltshilfe von einer Organisation (z.B. Sozialstation)
 - Ich habe noch keinen Dienstleister, der die Haushaltshilfe durchführt
Ich bin damit einverstanden, dass die Bosch BKK meine personenbezogenen Daten zur Beauftragung und Durchführung meiner Haushaltshilfe an einen Dienstleister weitergibt.
 - Ich habe bereits einen Dienstleister, der die Haushaltshilfe durchführt

Name und Ort des Dienstleisters

- Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushalts durch Verwandte

Ich bestätige, dass keine der im Haushalt lebenden Personen den Haushalt weiterführen kann.

Der Haushalt wurde bisher von mir selbst von meiner/m Ehe-/Lebenspartner/in geführt.

Ich bestätige, dass ich alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe und bitte um Überweisung auf meine folgend angegebene Bankverbindung bei

Name der Bank: _____

IBAN (International Bank Account Number):

D E | | | | | | | |

BIC (Bank Identifier Code):

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Telefon-Nr.