

Bitte zurück an:



VICTORIA



Was Sie uns wichtig sind ...

BKK VICTORIA-D.A.S.
Postfach 10 15 36
40006 Düsseldorf

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

Antrag auf Haushaltshilfe

Personalien des Erkrankten

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

Ehegatte

Name, Vorname ggfs. Geburtsname	Geburtsdag	Tätigkeit/Beruf	Berufstätig an folgenden Tagen						
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
selbst krankenversichert bei									

Kinder unter 12 Jahren/behinderte Kinder

	Name, Vorname	Geburtsdag	das Kind wurde betreut	An folgenden Tagen								
				Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von-bis Uhr	
1.			<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw. <input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus									
2.			<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw. <input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus									
3.			<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw. <input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus									

Das unter der lfd. Nr. _____ aufgeführte Kind ist behindert. Eine ärztliche Bescheinigung über die Art der Behinderung ist beigefügt.

Weitere Im Familienhaushalt des Versicherten lebende Personen

Name, Vorname	Geburtsdag	Kann den Haushalt nicht weiterführen, weil (Angabe des Grundes)	Berufstätig an folgenden Tagen								
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von-bis Uhr	

In Behandlung begibt/befindet sich der Versicherte selbst der Ehegatte

Krankenhaus/Entbindungsstation/Kurheim	Seit	Krankheitsursache
Häusliche Krankenbehandlung durch Dr. med.	Seit	Krankheitsursache

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

Antrag auf Haushaltshilfe (Seite 2)

- Ich beantrage
- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushalts durch Verwandte | <input type="checkbox"/> angemessenen Kostenersatz für eine selbstbeschaffte fremde Haushaltshilfe | <input type="checkbox"/> Kostenersatz für Haushaltshilfe durch Ersatzkraft einer caritativen Einrichtung, wie z. B. Sozialstation | <input type="checkbox"/> Ersatz für Verdienstaufschlag wegen unbezahlten Urlaub |
| <input type="checkbox"/> Vermittlung einer Haushaltshilfe durch die Krankenkasse | | | |

Die Gewährung von Haushaltshilfe ist notwendig, weil keine der im Haushalt lebenden Personen den Haushalt weiterführen kann.

Der Haushalt wurde bisher von mir von meinem Ehegatten von sonstiger Person geführt.

Für die Dauer der genannten Behandlung wird das unter 12 Jahre alte Kind regelmäßig an folgenden Tagen der Woche untergebracht:

	in meinem Haushalt	außerhalb meines Haushalts, bei:																													
Entsprechende Tage ankreuzen	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><th>Mo</th><th>Di</th><th>Mi</th><th>Do</th><th>Fr</th><th>Sa</th><th>So</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So								<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><th>Mo</th><th>Di</th><th>Mi</th><th>Do</th><th>Fr</th><th>Sa</th><th>So</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So								Name _____
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So																									
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So																									

Anschrift

Als selbstbeschaffte Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

Name, Vorname sowie ggf. Geburtsname, Wohnort	Beruf
Arbeitgeber	

Mit dem Versicherten verwandt oder verschwägert?

nein ja, und zwar

Ist die Haushaltshilfe mit Ihnen bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert, können nur die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstaufschlag erstattet werden, vorausgesetzt, dass diese in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehende Kosten stehen.

Es entstehen mir (voraussichtlich) Kosten _____ EUR je Stunde _____ Stunden täglich von _____ für _____ lich.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückerstattet werden müssen. Änderungen, welche sich während der Tätigkeit der Haushaltshilfe ergeben, werde ich der Krankenkasse unverzüglich mitteilen.

Datum

Unterschrift

Genehmigung

für die Zeit vom – bis	EUR je Stunde	täglich für	Höchstbetrag pro Tag	Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse
	EUR	Std.	EUR	