



Bitte zurück an  
**BKK VICTORIA - D.A.S., Fischerstraße 8, 40477 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 Mitglieds									
Name, Vorname und ggfs. Geburtsname	Versichertennummer	Tätigkeit/Beruf	Berufstätigkeit an folgenden Tagen				von-bis Uhr		
			Mo	Di	Mi	Do		Fr	Sa
Anschrift		Arbeitgeber/Versicherungsverhältnis							

Ehegatte									
Name, Vorname und ggfs. Geburtsname	Geburtstag	Tätigkeit/Beruf	Berufstätigkeit an folgenden Tagen				von-bis Uhr		
			Mo	Di	Mi	Do		Fr	Sa
selbst krankenversichert bei									

Kinder unter 12 Jahren/behinderte Kinder									
Name, Vorname	Geburtstag	das Kind wurde betreut	an folgenden Tagen				von-bis Uhr		
			Mo	Di	Mi	Do		Fr	Sa
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 beigelegt.

Weitere im Familienhaushalt des Versicherten lebende Personen									
Name, Vorname	Geburtstag	kann den Haushalt nicht weiterführen, weil (Angabe des Grundes)	an folgenden Tagen				von-bis Uhr		
			Mo	Di	Mi	Do		Fr	Sa

In Behandlung begibt/befindet sich  der Versicherte selbst  der Ehegatte

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



Bitte zurück an  
**BKK VICTORIA - D.A.S., Fischerstraße 8, 40477 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 (Seite 2)**

- Ich beantrage
- Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushalts durch Verwandte
  - angemessenen Kostenersatz für eine selbst beschaffte fremde Haushaltshilfe
  - Kostenersatz für Haushaltshilfe durch Ersatzkraft einer caritativen Einrichtung wie z.B. Sozialstation
  - Ersatz für Verdienstaussfall wegen unbezahltem Urlaub
  - 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:

	<b>in meinem Haushalt</b>	<b>außerhalb meines Haushalts, bei:</b>																												
entsprechende Tage ankreuzen	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <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; width: 100%;"> <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> <p>_____ Name</p> <p>_____ Anschrift</p>	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So							
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So																								
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So																								

Als selbstbeschaffte Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

Name, Vorname sowie ggfs. 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 Verdienstaussfall erstattet werden, vorausgesetzt, daß diese in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten stehen.

Es entstehen mir (voraussichtlich) Kosten von \_\_\_\_\_ DM je Stunde für \_\_\_\_\_ Stunden täglich.

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 Betriebskrankenkasse unverzüglich mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

<b>GENEHMIGUNG</b>				
für die Zeit vom -bis	DM je Stunde	täglich für	Höchst betrag pro Tag	Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse