Antrag auf Haushaltshilfe

Formloser Antrag an die Krankenkasse nach § 38 SGB V / § 24h SGB V · bitte vor Beginn der Hilfe einreichen

Hiermit beantrage ich bei meiner Krankenkasse Haushaltshilfe. Ein Antrag auf Sozialleistungen kann formlos gestellt werden. Dieses Blatt enthält alle Angaben, die Krankenkassen üblicherweise erfragen. Es ist am Bildschirm ausfüllbar (PDF-Reader) oder zum Ausdrucken und handschriftlichen Ausfüllen. Die Angaben zum Anbieter (Abschnitt 1) sind bereits ausgefüllt.

1 Anbieter der Haushaltshilfe (vorausgefüllt)

Anbieter: City Concierge Düsseldorf

Institutionskennzeichen (IK): 462545901

Anschrift: Gerresheimer Straße 30, 40211 Düsseldorf

Telefon: +49 211 8383 23 23

E-Mail: anfrage@city-concierge-duesseldorf.de

Grundlage: Vertrag § 132 SGB V

Ich möchte die Haushaltshilfe durch den oben genannten Vertragspartner der Krankenkassen in Anspruch nehmen. Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen Anbieter und Krankenkasse.

2 Antragstellende / versicherte Person

Vorname | Nachname | Geburtsdatum

Straße, Hausnummer | PLZ, Ort | Familienstand

Telefon | E-Mail (freiwillig) | Krankenkasse

Versichertennummer | Beschäftigt als (falls berufstätig) | Beschäftigt bis

Arbeitszeit inkl. Fahrzeit (Wochentage, Uhrzeit von/bis) | Bezahlter Urlaub / Sonderurlaub (Zeitraum)

Die Haushaltshilfe wird beantragt für:

- ☐ mich selbst
- ☐ meine Ehepartnerin / meinen Ehepartner / Lebenspartner(in)

3 Grund, warum der Haushalt nicht weitergeführt werden kann

- ☐ Stationäre Krankenhausbehandlung
- ☐ Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme
- ☐ Krankheit oder akute Verschlimmerung (ärztliche Bescheinigung liegt bei)
- ☐ Häusliche Krankenpflege
- ☐ Schwangerschaft oder Entbindung (§ 24h SGB V)
- ☐ Ambulante Operation / Chemo- oder Strahlentherapie

Zeitraum vom | bis | Kostenträger (bei Krankenhaus/Reha)

Diagnose / Anlass (Kurzangabe) | Unfall als Ursache? (ja/nein, Datum)

Antrag auf Haushaltshilfe

Haushalt, Umfang der Hilfe und Erklärungen

4 Bisherige Haushaltsführung und Haushaltsmitglieder

Den Haushalt hat bisher geführt (Mehrfachauswahl möglich):

- ☐ ich selbst
- ☐ mein(e) Ehe-/Lebenspartner(in)
- ☐ eine andere im Haushalt lebende Person
- ☐ mein(e) Lebensgefährte(in)

Zeitraum der bisherigen Haushaltsführung (vom/bis)

Person (Name), falls nicht ich selbst

Weitere Personen im Haushalt (Name, Geburtsdatum, Verwandtschaft):

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaft

Kinder im Haushalt (insbesondere unter 12 Jahren oder behindert / auf Hilfe angewiesen):

Name, Vorname	Geburtsdatum	Schule / Kita / Betreuung

Art und Umfang einer Behinderung bzw. Hilfebedürftigkeit

Betreuung durch Tagesmutter/Au-pair (Zeitraum)

5 Umfang der Haushaltshilfe und Ersatzkraft

Gewünschter Zeitraum vom

bis

Stunden pro Tag

Tage pro Woche

Art der Ersatzkraft:

- ☐ Vertragsanbieter City Concierge Düsseldorf (IK 462545901)
- ☐ Andere Sozialstation / anderer Anbieter (Name, Anschrift unten)
- ☐ Selbst beschaffte Ersatzkraft (Name, Verwandtschaft, Kosten unten)
- ☐ Ehe-/Lebenspartner(in) übernimmt (Verdienstausfall unten)

Name / Anschrift anderer Anbieter oder selbst beschaffte Ersatzkraft

Geburtsdatum Ersatzkraft

Verwandtschaft bis 2. Grad

Verdienstausfall / Fahrkosten (Betrag, Nachweis liegt bei / wird nachgereicht)

Verdienstausfall Partner(in): Name, Geburtsdatum

6 Bankverbindung (nur bei Kostenerstattung an die versicherte Person)

IBAN

BIC

Kontoinhaber(in)

7 Folgende Tätigkeiten kann ich nicht oder nur eingeschränkt ausführen

- ☐ Kochen / Mahlzeiten zubereiten
- ☐ Wäsche waschen
- ☐ Reinigung der Wohnung
- ☐ Einkaufen
- ☐ Bügeln
- ☐ Heben und Tragen
- ☐ Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder
- ☐ Sonstiges (siehe Bemerkung)

Bemerkung

Antrag auf Haushaltshilfe

Erklärungen, Unterschrift und Anlagen

8 Erklärungen

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Änderungen während der Haushaltshilfe (z. B. frühere Entlassung aus dem Krankenhaus, Genesung, Wegfall des Bedarfs) teile ich meiner Krankenkasse und dem Anbieter sofort mit.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse und der oben genannte Anbieter die zur Durchführung und Abrechnung erforderlichen Angaben austauschen (§ 284 SGB V). Die Zuzahlung nach § 38 Abs. 5 SGB V (10 % der Kosten, mindestens 5 und höchstens 10 Euro pro Tag, Kinder bis 18 Jahre befreit) ist mir bekannt.

☐ Ich bestätige die Erklärungen oben.

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person

9 Anlagen

☐ Ärztliche Bescheinigung (Vorlage Seite 4 oder Formular der Kasse)

☐ Krankenhaus-/Reha-Bescheinigung

☐ Nachweis Verdienstausfall (falls zutreffend)

☐ Vollmacht, falls Angehörige den Antrag stellen

Hinweise: Reichen Sie den Antrag vor Beginn der Haushaltshilfe ein. Nur von der Krankenkasse genehmigte Leistungen können abgerechnet werden. Je nach Kasse können Sie den Antrag über das Online-Postfach, per Nachricht oder per Post einreichen. Diese Vorlage ist kein offizielles Formular einer Krankenkasse. Verlangt Ihre Kasse ein eigenes Formular, tragen Sie dort die Anbieterdaten von Seite 1 ein. Wir helfen gern: 0211 8383 23 23.

Ärztliche Bescheinigung zur Haushaltshilfe

Vorlage zum Ausfüllen durch die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt

Patient(in): Name, Vorname, Geburtsdatum

Name, Vorname | Geburtsdatum | Krankenkasse

Anlass

- ☐ Schwere Krankheit
- ☐ Akute Verschlimmerung einer Krankheit
- ☐ Operation / stationäre Behandlung
- ☐ Schwangerschaft / Entbindung

Diagnose (ICD-10) | Eintrittsdatum | Ergänzende Hinweise

Einschränkung der Haushaltsführung

- ☐ Der / die Patient(in) kann den Haushalt nicht führen
- ☐ Der / die Patient(in) kann den Haushalt nur eingeschränkt führen

Folgende Tätigkeiten sind nicht oder nur eingeschränkt möglich:

- ☐ Kochen
- ☐ Wäsche waschen
- ☐ Reinigung der Wohnung
- ☐ Einkaufen
- ☐ Bügeln
- ☐ Heben und Tragen (max. ___ kg)
- ☐ Beaufsichtigung/Betreuung der Kinder
- ☐ Sonstiges

Zeitraum und Umfang

Haushaltshilfe vom | bis | Stunden pro Tag | Tage pro Woche

Begründung bei mehr als 2 bis 4 Stunden täglich

- ☐ Rehabilitationsmaßnahme erforderlich (ambulant)
- ☐ Rehabilitationsmaßnahme erforderlich (stationär)
- ☐ Unfall als Ursache

Ort, Datum | Stempel / Unterschrift Ärztin / Arzt