

Antrag auf Haushaltshilfe

(§ 38 SGB V und § 24h SGB V)

**AKZO NOBEL
BAYERN**



BKK Akzo Nobel Bayern
Industrie Center Obernburg
63784 Obernburg

Fax: 06022 70698-400
E-Mail: leistungen@bkk-akzo.de
Haben Sie Fragen?
Servicehotline: 06022 7069-400

Bitte vollständig und unterschrieben an uns zurückschicken (per Post, Fax oder Mail). Vielen Dank!

Name des/der Versicherten	KV-Nummer
---------------------------	-----------

Anschrift	Telefon
-----------	---------

Bankverbindung

IBAN D E _____

BIC _____	Kreditinstitut
--------------	----------------

Kontoinhaber

1. Ich beantrage Haushaltshilfe, da mir die Weiterführung des Haushalts

ab bis (voraussichtlich) nicht möglich ist.

Grund
<input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung vom _____ bis _____
<input type="checkbox"/> Kuraufenthalt vom _____ bis _____, Kostenträger: _____
<input type="checkbox"/> Entbindung am _____
<input type="checkbox"/> auf Grund von Krankheit kann/konnte vom _____ bis _____ der Haushalt nicht fortgeführt werden (bitte ärztliche Bescheinigung beilegen)
<input type="checkbox"/> sonstiger Grund: _____

Ergänzende Angaben		
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Versorgungsleiden
<input type="checkbox"/> Schädigung eines Dritten	<input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankung	

Datenschutzhinweis: Die Datenerhebung beruht auf § 67a SGB X i. V. m. §§ 60 ff. SGB I und ist erforderlich, um Ihren Leistungsbeitrag zu bearbeiten (§ 38 SGB V). Die Angaben zu Ihrer Telefonnummer sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu diesem Fragebogen verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage www.bkk-akzo.de/datenschutz oder vom Datenschutzbeauftragten der BKK Akzo Nobel unter datenschutz@bkk-akzo.de



2. Angaben zum Haushalt

2.1 der Haushalt wurde bisher geführt durch

mich mir und meinem Ehe-/Lebenspartner
 mein Ehe-/Lebenspartner die nachstehend genannte Person: _____

2.2 In meinem Haushalt leben folgende Personen:

Vor- und Zuname	Geburtsdatum	Verwandschafts- verhältnis	Arbeitszeit, Schul- oder Kindergartenbesuch von bis	Tage pro Woche	Mitglied welcher Krankenkasse?
Ehegatte		X			
Kind					
Kind					
Kind					
sonstige Angehörige/Personen					

2.3 Kann von einer dieser Personen der Haushalt weitergeführt werden?

ja nein, bitte kurze Begründung: _____

3. Angaben zur Haushaltshilfe

Ich beantrage ab/vom _____ bis _____ an _____ Tagen in der Woche,
 jeweils in der Zeit von _____ Uhr bis _____ Uhr (= _____ Stunden/Tag)

die Vermittlung einer Ersatzkraft (Haushaltshilfe), da ich selbst keine Person/Einrichtung kenne, die meinen Haushalt weiterführen kann
 die Kostenerstattung für eine anderweitige Unterbringung des Kindes/der Kinder bei

Name, Anschrift: _____

die Kostenerstattung in angemessener Höhe für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft. Der Haushalt wurde/wird weitergeführt von

 Ehegatte

 sonstige Person / Institution:

Name, Anschrift: _____

verwandt oder verschwägert, wenn ja wie _____

Folgende Tätigkeiten soll die Haushaltshilfe verrichten

Wenn in der Sache eine Änderung eintritt, die den weiteren Erstattungsanspruch in Frage stellt, werde ich sofort die BKK verständigen.
Eine ärztliche Bescheinigung, dass die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist, ist beigefügt.

Unterschrift

Datum	Unterschrift der/des Versicherten