Antrag auf Haushaltshilfe
(§ 38 SGB V und § 24h SGB V)

AKZO NOBEL BAYERN

BKK Akzo Nobel Bayern
Glanzstoffstraße 1
63906 Erlenbach

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 Datum _____ **bis (voraussichtlich)** Datum _____ **nicht möglich ist.**

Grund

- ☐ Krankenhausbehandlung vom _____ bis _____
- ☐ Kuraufenthalt vom _____ bis _____, Kostenträger: _____
- ☐ Entbindung am _____
- ☐ auf Grund von Krankheit kann/konnte vom _____ bis _____ der Haushalt nicht fortgeführt werden (bitte ärztliche Bescheinigung beilegen)
- ☐ sonstiger Grund: _____

Ergänzende Angaben

- ☐ Arbeitsunfall
- ☐ Berufskrankheit
- ☐ Versorgungsleiden
- ☐ Schädigung eines Dritten
- ☐ 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

Antrag auf Haushaltshilfe
(§ 38 SGB V und § 24h SGB V)

AKZO NOBEL BAYERN

BKK

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						
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