

**Bitte zurück an:
Shell BKK/LIFE, Postfach 60 04 60, 22204 Hamburg**

Antrag auf Haushaltshilfe

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

Personalien des Mitglieds								
Name, Vorname und ggf. Geburtsname	Versichertennummer	Tätigkeit/Beruf	Berufstätig an folgenden Tagen					von-bis Uhr
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	
Anschrift		Arbeitgeber/Versicherungsverhältnis						

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

Kinder unter 12 Jahren/behinderte Kinder									
Name, Vorname	Geburtstag	das Kind wird betreut	an folgenden Tagen					von-bis Uhr	
			Mo	Di	Mi	Do	Fr		Sa
		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw. <input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus							
		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw. <input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus							
		<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	Geburtstag	kann den Haushalt nicht weiterführen, weil, (Angabe des Grundes)	Berufstätig an folgenden Tagen					von-bis Uhr	
			Mo	Di	Mi	Do	Fr		Sa

In Behandlung begibt/befindet sich der Versicherte selbst der Ehegatte

Krankenhausbehandlung/Entbindung/Rehabilitation*)	seit	Diagnose/n:
Ärztliche Behandlung erfolgt durch: Dr. med.	seit	Diagnose/n:

*) Nichtzutreffendes bitte streichen

**Bitte zurück an:
Shell BKK/LIFE, Postfach 60 04 60, 22204 Hamburg**

Antrag auf Haushaltshilfe (Seite 2)

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

Ich beantrage

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushaltes durch Verwandte | <input type="checkbox"/> angemessenen Kostenersatz für eine selbst beschaffene fremde Haushaltshilfe | <input type="checkbox"/> Kostenersatz für Haushaltshilfe durch Ersatzkraft einer caritativen Einrichtung wie z.B. Sozialstation | <input type="checkbox"/> Ersatz für Verdienstaussfall wegen unbezahltem Urlaub |
| <input type="checkbox"/> Vermittlung einer Haushaltshilfe durch die Krankenkasse | | | |

Die Gewährung von Haushaltshilfen 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

entsprechende Tage ankreuzen

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

außerhalb meines Haushaltes, bei:

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Name

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 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 mit (voraussichtlich) Kosten von _____ € je Stunde für _____ 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 und Telefonnummer

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