

## Antrag auf Haushaltshilfe

### Antragsteller/in

Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Ort	Versicherungsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend	

Der Betrag soll auf folgendes Konto überwiesen werden	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontoinhaber	IBAN
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bankinstitut	BIC
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Antragsgrund

<input type="checkbox"/> Ich bin ...	<input type="checkbox"/> im Krankenhaus	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> zur Rehabilitation	vom	bis
		Name, Ort	<input type="text"/>
		Kostenträger	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mir ist laut ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich wegen ...	<input type="checkbox"/> Erkrankung	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft oder Entbindung	
	Die Erkrankung ist Folge ...		
	<input type="checkbox"/> eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Unfalltag <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> eines privaten Unfalls	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Unfalltag <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> eines Versorgungsleidens	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

### Angaben zum Haushalt

In meinem Haushalt leben folgende Kinder unter 12 Jahren bzw. über 12 Jahren, die aber aufgrund ihrer Behinderung auf Hilfe angewiesen sind (ggf. bitte Art der Behinderung angeben)

Vorname, ggf. abweichender Familienname	Geburtsdatum	Art der Behinderung
Kind 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kind 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kind 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kind 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Salus BKK  
Barfußgäßchen 15  
04109 Leipzig

In einer Kindertagesstätte/Schule/sonstigen Einrichtung/ist tagsüber untergebracht

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von	bis
Kind 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Uhr	- <input type="text"/> Uhr
Kind 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Uhr	- <input type="text"/> Uhr
Kind 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Uhr	- <input type="text"/> Uhr
Kind 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Uhr	- <input type="text"/> Uhr

In meinem Haushalt leben außer mir ...  keine erwachsenen Personen.

folgende erwachsene Personen ...  
(Ehegatte, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, sonstige Personen)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Krankenkasse	Tätigkeit/Beruf
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Diese Personen können den Haushalt aus folgendem Grund nicht führen:

### Angaben zur Haushaltsführung

Mein Haushalt wurde bisher geführt von ...

- mir
- der anderen im Haushalt lebenden Person
- mir und der anderen im Haushalt lebenden Person gemeinsam
- einer anderen, *nicht* im Haushalt lebenden Person

Ich bin

- nicht berufstätig
- berufsbedingt abwesend

die andere im Haushalt lebende Person ist

- nicht berufstätig
- berufsbedingt abwesend

Tag	von	bis	Stunden
Mo	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>
Di	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>
Mi	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>
Do	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>
Fr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>
Sa	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>
So	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>

Tag	von	bis	Stunden
Mo	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>
Di	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>
Mi	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>
Do	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>
Fr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>
Sa	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>
So	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/> Uhr	<input type="text"/>

## Angaben zur Haushaltshilfe

Die nachstehend benannte Person/Einrichtung wird meinen Haushalt weiterführen:

Name und Anschrift

Beruf/Arbeitgeber

Ab (Datum)  bis voraussichtlich (Datum)  an  Tagen in der Woche.

Jeweils in der Zeit von  Uhr bis  Uhr =  Stunden. Hierfür entstehen mir Kosten in Höhe von  EUR/Std.

Ich bin mit der Ersatzkraft verwandt oder verschwägert  nein  ja:

Die andere im Haushalt lebende Person ist mit der Ersatzkraft verwandt oder verschwägert  nein  ja:

**Für Verwandte und Verschwägere bis zum 2. Grad 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.**

Ich beantrage, die Kosten für die selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten.

Ich beantrage eine Vermittlung einer Ersatzkraft durch die Salus BKK und bin damit einverstanden, dass meine, für die Erfüllung des Auftrages erforderlichen, Daten an den Dienstleister weitergeleitet werden.

Während der Zeit, für die ich Haushaltshilfe beantrage, hat die andere im Haushalt lebende Person

- |  |     |                      |     |                      |
|--|-----|----------------------|-----|----------------------|
| <input type="checkbox"/> bezahlten Urlaub      | von | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> unbezahlten Urlaub    | von | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> bezahlte Freistellung | von | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> |

**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 Salus BKK unverzüglich melden.**

Für eventuelle Rückfragen bin ich unter folgender Rufnummer erreichbar (freiwillige Angabe)

X

Ort, Datum

Unterschrift

**Datenschutzhinweis:** Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich (§ 284 SGB V). Zur Mitteilung der erfragten Daten sind Sie nach § 206 SGB V verpflichtet. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden. Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Salus BKK finden Sie unter: [www.salus-bkk.de/datenschutz](http://www.salus-bkk.de/datenschutz)

