

Leben Kinder unter 12 Jahren oder Kinder mit einer Behinderung in Ihrem Haushalt

- Nein
- Ja

Name, Vorname	Geburtstag	Abwesenheit (zum Beispiel: Schule Kindergarten, Betreuung)	An folgenden Tagen							
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von -bis Uhr
1.										
2.										
3.										

- Es lebt ein behindertes Kind mit im Haushalt
Name und Vorname des Kindes:

Leben weitere Personen im Haushalt?

- Nein →weiter zu Punkt 3
- Ja

Name, Vorname	Geburtstag	Abwesenheit (zum Beispiel: Schule oder Berufstätigkeit)	An folgenden Tagen							
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von -bis Uhr
1.										
2.										
3.										

3. Welche Haushaltshilfe möchten Sie in Anspruch nehmen?

- einen professionellen Dienstleister (zum Beispiel eine Sozialstation)

Soll die BKK Scheufelen einen professionellen Dienstleister für Sie beschaffen?

- Ja und ich bin damit einverstanden, dass die BKK Scheufelen meine Daten an den Dienstleister weitergibt

- Nein, ich habe folgenden Dienstleister vorgesehen:

Information hierzu:

Es werden von der BKK Scheufelen die Kosten in Höhe der vereinbarten Sätze übernommen. Die Kosten werden direkt mit uns abgerechnet und Sie müssen nicht in Vorleistung gehen.

→weiter zu Punkt 4

→ **Haushaltshilfe durch Ehe-/Lebenspartner/in, Verwandte und Verschwägte (2. Grades)**

- Verdienstaussfall aufgrund von unbezahltem Urlaub (Ehe-/Lebenspartner/in)
- Fahrkosten (Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grad, die nicht berufstätig sind)
- Verdienstaussfall aufgrund von unbezahltem Urlaub und Fahrkosten (Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grad, die berufstätig sind)

Angaben zur Haushaltshilfe:

Name, Vorname und Wohnort	Beruf
Arbeitgeber	

Information hierzu:

Für Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grad, das heißt:
Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder,
Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Großeltern des Ehepartners, Schwager/Schwägerin kann es
lediglich eine Erstattung der Fahrkosten sowie des Verdienstaussfalls geben.

Für den Verdienstaussfall berechnen wir 90% des Netto Arbeitsentgelts bis zur Höhe des
Höchstkrankengelds. Bitte beachten Sie, dass bei unbezahltem Urlaub weder durch den Arbeitgeber
noch durch uns Beiträge zur Sozialversicherung abgeführt werden.

Dauert der unbezahlte Urlaub über einen Monat hinaus an, führt dies zu einer Unterbrechung der
Mitgliedschaft. Eventuell muss sich Ihre Haushaltshilfe dann selbst um Ihre Versicherung kümmern
und für diese auch Beiträge entrichten.

→ weiter zu Punkt 4

→ **Selbstbeschaffte Haushaltshilfe**

Angaben zur Haushaltshilfe:

Name, Vorname und Wohnort	Beruf
Arbeitgeber	

Es entstehen mir voraussichtlich Kosten in Höhe von _____ Euro die Stunde.

Information hierzu:

Bei einer selbstbeschafften Haushaltshilfe, die mit der haushaltsführenden Person weder verwandt
noch verschwägert ist, können Aufwendung täglich bis zu maximal 2,5 % der monatlichen
Bezugsgröße erstattet werden.

→ weiter zu Punkt 4

4. Bankverbindung

Auf folgende Bankverbindung soll die Auszahlung erfolgen:

Bankinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

5. Unterschrift

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 unverzüglich mitteilen.

Datum

Unterschrift

Datenschutzhinweis: Die Verarbeitung der von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten durch uns zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und Nr. 6 SGB V zum Zwecke der Prüfung der Leistungspflicht und Erbringung von Haushaltshilfe nach § 38 SGB V und § 24c SGB V erforderlich. Sie beruht auf Art. 6 Abs. 1 b und c DSGVO. Die Daten werden gelöscht, sobald sie für die vorgenannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten jedoch, solange wir gesetzlich dazu verpflichtet sind. Eine darüber hinausgehende Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt nur mit Ihrer Einwilligung (freiwillig).

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

Die Übermittlung dieser Daten ist gem. § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X zulässig und erforderlich.
Ihre Bemühungen können Sie nach der EBM Nr. 01621 abrechnen.

Name, Vorname des haushaltsführenden Versicherten	Geburtsdatum	Versicherungsnummer
--	--------------	---------------------

Die Haushaltshilfe ist aus medizinischer Sicht vom _____ bis zum _____

- für die Dauer von
- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> wöchentlich | | |
| <input type="checkbox"/> 1 Stunde | <input type="checkbox"/> 2 Stunden | <input type="checkbox"/> 3 Stunden | <input type="checkbox"/> 4 Stunden |
| <input type="checkbox"/> 5 Stunden | <input type="checkbox"/> 6 Stunden | <input type="checkbox"/> 7 Stunden | <input type="checkbox"/> 8 Stunden |

notwendig.

Diagnose (Bitte in Klartext, keine Diagnoseschlüssel):

- Die Fortführung des Haushalts ist aufgrund
- einer Erkrankung oder
 - einer schweren Erkrankung nicht möglich.
Betruhe verordnet? Ja Nein
- Die Fortführung des Haushalts ist ihr aufgrund Schwangerschaft und/oder Entbindung
notwendig.
- Schwangerschaft Betruhe von _____ bis _____ verordnet.
 - Entbindung und deren Folgen
- Sonstiges:
- _____
- _____
- _____

Welche Tätigkeiten können nicht selbst verrichtet werden?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zubereiten der Mahlzeiten | <input type="checkbox"/> Einkaufen |
| <input type="checkbox"/> Reinigung der Wohnung | <input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. Wäsche) |
| <input type="checkbox"/> Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder | |

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift