

## Informationen zum Antrag auf Haushaltshilfe

### Voraussetzungen und Inhalt

Wir können Ihnen Haushaltshilfe gewähren, wenn in Ihrem Haushalt ein Kind lebt, welches das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, Sie Ihren Haushalt nicht weiterführen können und Sie

- sich in stationärer Krankenhausbehandlung befinden oder
- wenn Ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung (Dauer begrenzt auf max. 26 Wochen)
- an einer Kur teilnehmen, deren Kosten ganz oder teilweise von uns getragen werden oder
- häusliche Krankenpflege nach § 37 Sozialgesetzbuch (SGB) V erhalten und hierdurch eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden wird oder
- ambulant operiert werden müssen oder
- wegen Schwangerschaft und/oder Entbindung die Haushaltsführung nicht weiter übernehmen können.

Ferner können wir Ihnen Haushaltshilfe gewähren, wenn Ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist. Die Leistung ist auf die Dauer von maximal vier Wochen begrenzt. Für diese Leistung ist es nicht erforderlich, dass ein Kind im Haushalt lebt.

Wenn eine andere im Haushalt lebende Person diesen weiterführen kann (zum Beispiel an Wochenenden, in den Abendstunden, während Arbeitsunfähigkeit, arbeitsfreien Tagen oder Urlaubstagen), ist der Anspruch ausgeschlossen bzw. gemindert. Haushaltshilfe kann ebenfalls nicht zur Verfügung gestellt werden, wenn der Haushalt nicht von Ihnen geführt wurde oder Sie in Vollzeit beschäftigt sind.

Ist die Haushaltshilfe bis zum zweiten Grad mit Ihnen verwandt oder verschwägert, können die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstoffall erstattet werden. Ein angemessenes Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten wird dabei vorausgesetzt.

### Zeitpunkt des Antrags

Wir benötigen Ihre Angaben für die Entscheidung darüber, ob wir die Kosten einer Haushaltshilfe übernehmen können. **Deshalb beantragen Sie die Leistung unbedingt, bevor Sie diese in Anspruch nehmen möchten.**

**Hinweis:** Bei dem beiliegenden Formular handelt es sich um einen Antrag. Ob und in welchem Umfang sich die Betriebskrankenkasse Mobil Oil an den Kosten beteiligt, können wir erst nach Erhalt Ihrer kompletten Unterlagen feststellen.

## Informationen zum Antrag auf Haushaltshilfe

### Zuzahlung

Die gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung beträgt 10 % der Kosten je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme, täglich mindestens 5,00 Euro und maximal 10,00 Euro.

### Besonderheiten bei Schwangerschaft und Entbindung

Bei Haushaltshilfe wegen einer Schwangerschaft oder Entbindung haben Sie keine Zuzahlung zu leisten. Es gelten keine Altersgrenzen für Kinder und auch die Voraussetzung, dass ein Kind in Ihrem Haushalt lebt, das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, entfällt hier.

### Unser Serviceangebot für Sie

Sind noch Fragen offen geblieben? Melden Sie sich einfach bei uns.

In unseren Service-Points sind wir montags bis freitags von 08:00 bis 17:00 Uhr für Sie da.

BKK Mobil Oil  
Burggrafstraße 1  
29221 Celle

BKK Mobil Oil  
Martin-Behaim-Straße 8  
63263 Neu-Isenburg

BKK Mobil Oil  
Hühnerposten 2  
20097 Hamburg

BKK Mobil Oil  
Friedenheimer Brücke 29  
80639 München

Oder rufen Sie uns an. Telefonisch erreichen Sie uns unter der kostenlosen Hotline 0800 255 0800.

Ihre **Betriebskrankenkasse Mobil Oil**

# Antrag auf Haushaltshilfe

## Datenschutzhinweis

Die Betriebskrankenkasse Mobil Oil (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: info@service.bkk-mobil-oil.de) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Prüfung und Gewährung von Haushaltshilfe im Rahmen von § 38 Sozialgesetzbuch (SGB) V. Ihre Angaben werden ggf. an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter [www.bkk-mobil-oil.de/datenschutz](http://www.bkk-mobil-oil.de/datenschutz).

**Die gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung beträgt 10 % (mindestens 5,00 Euro, maximal 10,00 Euro) pro Tag. Dies gilt jedoch nicht bei Erbringung von Haushaltshilfe aus Anlass einer Entbindung.**

Angaben des / der haushaltsführenden Versicherten											
Name, Vorname				Versichertennummer				Familienstand:			
Berufstätig an folgenden Tagen:	<input type="checkbox"/> Mo	<input type="checkbox"/> Di	<input type="checkbox"/> Mi	<input type="checkbox"/> Do	<input type="checkbox"/> Fr	<input type="checkbox"/> Sa	<input type="checkbox"/> So				
Arbeitszeit (von ... bis)											
Ehegatte											
Name, Vorname, ggf. Geburtsname				Geburtstag				Tätigkeit/Beruf			
Berufstätig an folgenden Tagen:	<input type="checkbox"/> Mo	<input type="checkbox"/> Di	<input type="checkbox"/> Mi	<input type="checkbox"/> Do	<input type="checkbox"/> Fr	<input type="checkbox"/> Sa	<input type="checkbox"/> So				
Arbeitszeit (von ... bis)											
Eine stundenweise Freistellung ist möglich. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein											
Name und Anschrift des Arbeitgebers (Angabe freiwillig, wenn Ersatz für Verdienstaussfall beantragt wird):											
Kinder unter 14 Jahren/behinderte Kinder (Bitte fügen Sie eine Bescheinigung über die Art der Behinderung bei.)											
Name, Vorname	Geburts-tag	Leistungen der Pflegever-sicherung	Die Betreuung erfolgt normalerweise	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Zeit (von ... bis)
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> im Kindergarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> in der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> im Kindergarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> in der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> im Kindergarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> in der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weitere im Familienhaushalt des Versicherten lebende Personen											
Name, Vorname	Geburtstag	Kann den Haushalt nicht weiterführen, da	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Zeit (von ... bis)	
		<input type="checkbox"/> in der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> berufstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> in der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> berufstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

In Behandlung begibt/befindet sich  der/die Versicherte selbst.  der Ehegatte.

Grund der Antragstellung:  Arbeitsunfall  Berufskrankheit  
 (bitte nur ausfüllen, wenn zutreffend)  Versorgungsleiden  Schädigung durch Dritte

Haben Sie einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt oder beabsichtigen Sie diesen innerhalb der nächsten Monate zu stellen?  Nein  Ja, am \_\_\_\_\_

**Antrag auf Haushaltshilfe für**

Name und Krankenversicherungsnummer (**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.**)

Ich beantrage für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ersatz für Verdienstausschlag bei Arbeitnehmern wegen unbezahltem Urlaub.

angemessenen Kostenersatz für eine selbst beschaffte, fremde Haushaltshilfe.

Als selbst beschaffte Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname sowie ggf. Geburtsname und Anschrift

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber\*

Meine **unter 14 Jahre** alten Kinder werden für die Dauer der genannten Behandlung regelmäßig wie folgt untergebracht:

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Zeitraum (vom ... bis)
<input type="checkbox"/> in meinem Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> außerhalb meines Haushalts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bei (Name, Anschrift): _____								

Kostenersatz für Haushaltshilfe durch die Ersatzkraft einer karitativen Einrichtung, wie z. B. Sozialstation.

\_\_\_\_\_  
Genauere Bezeichnung und Anschrift der Einrichtung

Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushalts durch Verwandte.

Die Haushaltshilfe ist mit mir  verwandt. Art der Verwandtschaft \_\_\_\_\_

verschwägert.

Art der entstehenden Kosten:  Verdienstausschlag (\*Bitte tragen Sie Arbeitgeber ein.)

Fahrkosten

Ersatz für Einkommensausfall bei Selbstständigen.

\_\_\_\_\_  
Sitz der Firma

\_\_\_\_\_  
Anzahl der Mitarbeiter

\_\_\_\_\_  
Genauere Tätigkeitsbezeichnung

Die Haushaltshilfe ist notwendig, weil keine der im Haushalt lebenden Personen den Haushalt weiterführen kann.

Der Haushalt wurde bisher

von mir  von meinem Ehegatten  von einer sonstigen Person geführt.

Es entstehen mir (voraussichtlich) Kosten von \_\_\_\_\_ Euro je Stunde für \_\_\_\_\_ Std. täglich.  
\_\_\_\_\_ Std. wöchentlich.

**Antrag auf Haushaltshilfe für**

\_\_\_\_\_  
Name und Krankenversicherungsnummer (**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.**)

**Meine Bankverbindung lautet:**

\_\_\_\_\_  
Name und Ort des Geldinstituts

DE \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_  
IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig

\_\_\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_  
BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Versicherten

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer/E-Mail-Adresse

## Ärztliche Bescheinigung zum Antrag auf Haushaltshilfe

\_\_\_\_\_ benötigt eine Haushaltshilfe.  
Name, Vorname, Geburtsdatum (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.)

Der/Die Versicherte ist zur Weiterführung des Haushalts ab dem \_\_\_\_\_

nicht mehr       nur eingeschränkt      in der Lage.

Grund (Diagnose) erstmaliger Beginn/Eintritt der Erkrankung (Datum): \_\_\_\_\_

Aufgrund dieser Diagnose ist der/die Patient/Patientin in folgendem Maße eingeschränkt:

1. Vollständige Einschränkung bei der Haushaltsführung:

Verordnung kompletter Bettruhe       Vollständige Bewegungsunfähigkeit liegt vor

2. Teilweise Einschränkung bei der Haushaltsführung:

kein Heben über \_\_\_\_\_ kg möglich       kein Bücken möglich

Kinderbetreuung/- beaufsichtigung nicht möglich

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Die Haushaltshilfe wird benötigt für die Dauer von \_\_\_\_\_ Tag(en) in der Woche,  
für \_\_\_\_\_ Woche(n), zu jeweils \_\_\_\_\_ Std./Tag.

### Die Haushaltshilfe ist erforderlich wegen

einer häuslichen Krankenpflege, Verordnung       liegt der BKK vor.       ist beigelegt.

einer stationären Krankenhausbehandlung. Zeitraum: \_\_\_\_\_

einer ambulanten Krankenhausbehandlung. Zeitraum: \_\_\_\_\_

einer stationären Rehabilitationsmaßnahme. Zeitraum: \_\_\_\_\_

einer ambulanten Operation.

einer ambulant behandelten Erkrankung mit großen Funktionseinschränkungen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel