

## Antrag auf Kostenübernahme einer Haushaltshilfe bei Schwangerschaft und Entbindung

### Guten Tag,

beiliegend erhalten Sie Ihren Antrag auf Kostenübernahme einer Haushaltshilfe.

### Voraussetzungen und Inhalt

Wir können Ihnen Haushaltshilfe gewähren, wenn in Ihrem Haushalt ein Kind lebt und Sie wegen Schwangerschaft und/oder Entbindung die Haushaltsführung nicht weiter übernehmen können.

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.

Wenn die Haushaltshilfe bis zum 2. Grad mit Ihnen verwandt oder verschwägert ist, können die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstaufschlag 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.

### 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 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  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.**)

Ich bitte um Überweisung an folgende Bankverbindung:

\_\_\_\_\_  
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)

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückerstattet werden müssen. Änderungen, welche sich während des Leistungszeitraums ergeben, werde ich der Betriebskrankenkasse Mobil Oil unverzüglich mitteilen. Beantrage ich die Kostenübernahme für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe, bestätige ich, dass ich mit dieser weder bis zum zweiten Grad verwandt, noch verschwägert bin.

\_\_\_\_\_  
Datum

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

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

