



Versicherte/r:	
KVNR.	

## Antrag auf Gewährung von Haushaltshilfe

Ich beantrage Haushaltsh	ilfe in der Zeit vom	bis voraus	sichtlich,
da mir die Weiterführung	des Haushaltes aus	folgendem Grund nicht n	nöglich ist:
□ voll-/ teilstationä	re Krankenhausbeha	ndlung vom	_ bis
☐ Schwangerschaft (bitte ärztliche Beschei	-	ussichtlicher Entbindungs	termin:
☐ Schwere Krankhe	eit (bitte ärztliche Bescheinig	gung beifügen)	
☐ akute ambulante	Krankenbehandlung	) (bitte ärztliche Bescheinigung bei	fügen)
_	achweise / Bescheide in Kop	nie beifügen)	
Es handelt sich um Folge	n eines / einer:		
☐ Arbeitsunfalls ☐ B	erufskrankheit 🗆	Versorgungsleidens	] Schädigung durch Dritte
Familienstand:  ☐ ledig ☐ verheira ☐ getrennt lebend, seit			
<b>Berufstätigkeit:</b> ☐ Ich bin nicht berufstäti	g		
☐ Ich bin berufstätig an i ☐ Montag ☐ ☐ Samstag ☐	Dienstag	voch   Donnerstag	□ Freitag
☐ Mein(e) Ehegatte / Leb	enspartner(in) ist nic	ht berufstätig	
☐ Mein(e) Ehegatte / Leb	enspartner(in) ist ber	rufstätig an folgenden Ta	gen:
☐ Montag	☐ Dienstag	☐ Mittwoch	□ Donnerstag
von-bis	von-bis	von-bis	von-bis
☐ Freitag	☐ Samstag	☐ Sonntag	
von-bis	von-bis	von-bis	



Angaben zum Haushalt:  □ im Haushalt leben folgende Kinder  □ im Haushalt leben Kinder, die auf Grund einer Behinderung auf Hilfe angewiesen sind  (Bitte entsprechende Nachweise beifügen)						
Vorname	Name	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis			
Die Kinder sinc	l üblicherweise untergebi	racht: Anzahl der Tage/ Wochen	Zeiten der Unterbringung			
	Kindertagesstätte / Schule	der Unterbringung	von-bis			
Wo wird das Ki □ in meinem F	nd / werden die Kinder v łaushalt	vährend der Haushaltsl □ außerhalb meines H				
	der Unterkunft des Kindes / der K leben keine weiteren erv		eigenen Haushalts betreut werden			
☐ im Haushalt Vorname	leben folgende erwachse Name	ene Personen: Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis			
bensjahres) weiter	halt von einer im Hausha geführt werden? urze Begründung:		chließlich Kindern nach Vollendung des 14. Le			
	s <b>führung erfolgte bish</b> fang von Stunden/					
☐ meine(n) Ehe	egatten(-in) / Lebenspartı	ner(in) im Umfang von	Stunden/Woche			
□ beauftragte	Unternehmen oder Perso	n im Umfang von	_ Stunden/Woche			



## Die Haushaltsführung durch mich umfasste bisher folgende Tätigkeiten:

☐ Diese können nicl☐ Diese können nur	_		von Std.	/Woche ausgeübt werden.
Angaben zur Haus	haltshilfe:			
Vom	_ bis	für	Stunden/	Kalendertag
an folgenden Tagen ☐ Montag ☐ Samstag	□ Dienstag	☐ Mittwoch	☐ Donners	tag 🔲 Freitag
Die Haushaltshilfe	e wird durchgefü	ihrt von:		
Name, Vorname		Geburtsdatum	Verv	vandtschaftsverhältnis
Anschrift				
Bisherige Tätigkeit	sherige Tätigkeit Krankenkasse			nkenkasse
Ich bin mit der Ersat	zkraft verwandt o	der verschwäge	ert:	
□ nein □ j	a, wie?			
Mein Kind ist / Meine	e Kinder sind mit	der Ersatzkraft	verwandt ode	er verschwägert:
□ nein □ j	a, wie?			
<b>Vergütung:</b> ☐ Vergütung für die	private Haushalts	shilfe in Höhe vo	on	Euro □ pro Stunde □ pro Tag
Erstattung von:  Verdienstausfall Fahrkosten				
Ich bitte um Überwe folgendes Konto:	isung des Betrage	s für die Ersatzl	kraft / Erstatt	ung des Verdienstausfalles auf
IBAN (International Ba	ank Account Numbe	er):		Geldinstitut:
BIC (Bank Identifier C	ode):			Kontoinhaber:
Erklärung des Mite  Meine Angaben sind lich mit.	_	ht worden. Ände	rungen teile ic	h der IKK gesund plus unverzüg-
Ort und Datum		nterschrift		Telefonnummer (für Rückfragen)