

Bitte zurück an:

BKK Faber-Castell & Partner
Formularservice
Bahnhofstraße 45
94209 Regen

Telefon
09921 9602-0
Telefax
09921 9602-19
E-Mail
regen@bkk-faber-castell.de

Den **Antrag auf Haushaltshilfe**
finden Nutzer unseres Download-Centers auf den Folgeseiten.

Bitte gehen Sie wie folgt vor:

1. Füllen Sie den Antrag an Ihrem PC aus.
2. Drucken Sie das Formular.
3. Unterschreiben Sie den gewünschten Antrag.
4. Senden Sie den Antrag an die oben angegebene Adresse.

Ihre BKK Faber-Castell & Partner

Antrag auf Haushaltshilfe

Personalien des Mitglieds									
Name, Vorname	Versichertennummer	Tätigkeit/Beruf	Berufstätig an folgenden Tagen					Uhr von - bis	
			Mo	Di	Mi	Do	Fr		Sa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)			Arbeitgeber/Versicherungsverhältnis						
<input type="text"/>			<input type="text"/>						

Ehegatte									
Name, Vorname	Versichertennummer	Tätigkeit/Beruf	Berufstätig an folgenden Tagen					Uhr von - bis	
			Mo	Di	Mi	Do	Fr		Sa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)			Arbeitgeber/Versicherungsverhältnis						
<input type="text"/>			<input type="text"/>						

Kinder unter 12 Jahre/behinderte Kinder									
Name, Vorname	Geburts-tag	das Kind wurde betreut	an folgenden Tagen					Uhr von - bis	
			Mo	Di	Mi	Do	Fr		Sa
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Das unter der lfd. Nr. aufgeführte Kind ist behindert. Eine ärztliche Bescheinigung über die Art der Behinderung liegt bei.

Weitere im Haushalt des Versicherten lebende Personen									
Name, Vorname	Geburts-tag	kann den Haushalt nicht weiter-führen, da (Angabe d. Grundes)	an folgenden Tagen					Uhr von - bis	
			Mo	Di	Mi	Do	Fr		Sa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

In Behandlung begibt/befindet sich der Versicherte selbst der Ehegatte

Krankenhaus/Entbindung/Kurheim	seit	Krankheitsursache
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Häusliche Krankenpflege durch	seit	Krankheitsursache (Attest beifügen)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Antrag auf Haushaltshilfe (Seite 2)

Ich beantrage Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushalts durch Verwandte angemessenen Kostenersatz für eine selbst beschaffte fremde Haushaltshilfe Kostenersatz für Haushaltshilfe durch Ersatzkraft einer caritativen Einrichtung wie z. B. Sozialstation

Ersatz für Verdienstaussfall wegen unbezahltem Urlaub

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

Der Haushalt wurde bisher von mir von meinem Ehegatten von sonstiger Person geführt

Für die Dauer der genannten Behandlung wird das unter 12 Jahre alte Kind regelmäßig an folgenden Tagen der Woche untergebracht:

entsprechende Tage ankreuzen	in meinem Haushalt							außerhalb meines Haushalts							bei (Name, Anschrift)
	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
<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"/>	

Als selbstbeschaffte Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

Name, Vorname	Beruf
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	
<input type="text"/>	
Arbeitgeber	
<input type="text"/>	

Mit dem Versicherten verwandt oder verschwägert?

nein ja, und zwar

Ist die Haushaltshilfe mit Ihnen bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert, 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.

Es entstehen mir (voraussichtlich) Kosten von € je Stunde für Stunden täglich.

Die Zahlungen überweisen Sie bitte auf folgendes Konto:

Kontonr.: BLZ:

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 Betriebskrankenkasse unverzüglich mitteilen.

Datum

Telefon für Rückfragen

Unterschrift