

KNAPPSCHAFT
Service-Center
 Tel. 08000 200 501
 Fax 0234 97838-88888

Bitte im Original zurücksenden

KNAPPSCHAFT
 Kranken- und Pflegeversicherung
 45095 Essen

Name, Vorname der/des Versicherten

Geburtsdatum:

Kranken-/Pflegeversicherten-Nr.

Antrag auf Haushaltshilfe

	Antragsteller/in							Ehe-/Lebenspartner, Lebensgefährte						
Vorname Name														
Geburtsdatum														
Adresse														
Telefon								*						
Krankenkasse	KNAPPSCHAFT							*						
Beschäftigt bei								*						
tägl. Arbeitszeit inkl. Fahrzeit	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Uhrzeit von														
Uhrzeit bis														
bezahlter Urlaub/ Sonderurlaub im Antragszeitraum	von/bis							von/bis						

* Diese Angaben sind freiwillig und stehen nicht im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung.

Ich beantrage eine Haushaltshilfe:

vom: _____ bis: _____

Der Haushalt wurde bisher geführt von:

☐	mir	☐	meinem/r Ehe- /Lebenspartner(in) /Lebensgefährten(in)**	☐	einer anderen im Haushalt lebenden Person
--------------------------	-----	--------------------------	--	--------------------------	--

** Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

Die Weiterführung des Haushaltes ist mir (zurzeit) nicht möglich:

☐	aufgrund einer stationären Krankenhausbehandlung vom _____ bis _____
☐	aufgrund einer Vorsorge-/ Rehabilitationsmaßnahme vom _____ bis _____
☐	aufgrund einer schweren Erkrankung* vom _____ bis _____
☐	aufgrund erheblicher Schwangerschaftsbeschwerden / erheblicher Beschwerden nach Entbindung*

* Ärztliche Bescheinigung ist beizufügen.

Krankheitsursache:

☐	Allgemeine Krankheit
☐	Unfall
☐	Arbeitsunfall / Berufskrankheit (Bitte wenden Sie sich direkt an die für Sie zuständige Berufsgenossenschaft)

In meinem Haushalt leben:

☐	keine weiteren Personen
--------------------------	-------------------------

Kinder unter 15 Jahren bzw. behinderte und auf Hilfe angewiesene Kinder

Name, Vorname, Geburtsdatum	Kindergarten/ Schule, sonstige Betreuung von - bis	Art und Umfang der Behinderung / Pflegegrad

Andere Personen

Name, Vorname, Geburtsdatum	berufstätig/ abwesend von - bis	kann die Haushaltsführung nicht übernehmen, weil

Bitte wählen Sie eine der nachfolgenden Möglichkeiten:

☐	Die Haushaltshilfe soll durch folgenden Vertragspartner der KNAPPSCHAFT durchgeführt werden: Name des Vertragspartners: _____ Anschrift des Vertragspartners: _____ für _____ Stunden/täglich (bitte Stundenzahl eintragen) Eine Liste der Vertragspartner (karitative Einrichtungen, Betreuungsdienste, Haushaltsdienstleister, etc.) finden Sie unter www.knappschaft.de/hahi-anbieter. Bitte beachten: Für mögliche Rückfragen bitten wir um Angabe Ihrer Telefonnummer auf Seite 1 des Antrages.
--------------------------	---

☐	Die Haushaltshilfe soll durch folgende von mir selbst beschaffte Ersatzkraft durchgeführt werden:	
	Name, Vorname, Geburtsdatum	Anschrift
Die Ersatzkraft ist mit der/dem bisher den Haushalt führenden Versicherten		
☐	verwandt/verschwägert bis zum 2. Grad, es handelt sich um _____ (z. B. Mutter, Schwester) ☐ Meiner verwandten/verschwägerten Ersatzkraft entsteht Verdienstaussfall. (Nachweis ist beigelegt/wird nachgereicht) ☐ Meiner verwandten/verschwägerten Ersatzkraft entstehen Fahrkosten. (Nachweis ist beigelegt/wird nachgereicht)	
☐	nicht verwandt/verschwägert. Wichtiger Hinweis: Die Zahlung an eine private Ersatzkraft ist durch einen Kontoauszug nachzuweisen.	

☐	Die Haushaltshilfe soll durch meine/n Ehe-/Lebenspartner(in) durchgeführt werden:
	☐ Meiner/m Ehe-/Lebenspartner(in) entsteht wegen der Haushaltsführung Verdienstaussfall. (Nachweis ist beigelegt/wird nachgereicht)

Kontoinhaber: _____

[illegible][illegible]☐ nein

Unterschrift des Antragstellers bzw. Bevollmächtigte

Anlage Infoblatt zur Haushaltshilfe

Ziel der Haushaltshilfe:

Die Haushaltshilfe soll bei einem vorübergehenden Ausfall der haushaltsführenden Person die Sicherstellung der wichtigsten Aufgaben ermöglichen. Die Haushaltshilfe kann nur in dem zeitlichen Umfang gewährt werden, in dem die ausgefallene Person vor der Erkrankung den Haushalt bzw. die Kinderbetreuung geleistet hat.

Voraussetzungen für den Anspruch auf Haushaltshilfe:

Ein Anspruch auf Haushaltshilfe kann entstehen, sofern:

ein Kind unter 15 Jahren im Haushalt lebt oder ein Kind, das behindert und auf Hilfe angewiesen ist	kein Kind unter 15 Jahren im Haushalt lebt
• bei stationärer Krankenhausbehandlung • bei Vorsorge-/ Rehabilitationsmaßnahmen • aufgrund einer schweren Erkrankung nach stationärem Krankenhausaufenthalt, ambulanter Krankenhausbehandlung oder ambulanter Operation • bei erheblichen Schwangerschaftsbeschwerden bzw. Entbindung	• aufgrund einer schweren Erkrankung nach stationärem Krankenhausaufenthalt, ambulanter Krankenhausbehandlung oder ambulanter Operation • bei erheblichen Schwangerschaftsbeschwerden bzw. Entbindung
• Genehmigung zunächst für maximal 4 Wochen, insgesamt längstens für 26 Wochen • Während der Schul-/ Kindergartenzeiten besteht kein Anspruch auf Haushaltshilfe	• Genehmigung für längstens 4 Wochen möglich

Der Anspruch besteht nur, soweit keine andere Person im Haushalt vorhanden ist, die den Haushalt bzw. die Kinderbetreuung übernehmen kann.

Wer führt die Haushaltshilfe durch und wie wird sie vergütet?

Die Weiterführung des Haushalts und/ oder der Kinderbetreuung kann erfolgen durch:

- **Vertragspartner der KNAPPSCHAFT** (Karitative Einrichtung, Betreuungsdienste, Haushaltsdienstleister etc.): Ihr Vorteil: Wir zahlen die vertraglich vereinbarte Vergütung direkt an den Vertragspartner. Eine Liste der Vertragspartner finden Sie unter www.knappschaft.de/hahi-anbieter. Wählen Sie einen Anbieter, der kein Vertragspartner der KNAPPSCHAFT ist, können keine Kosten durch die KNAPPSCHAFT übernommen werden.
- **Selbstbeschaffte Ersatzkräfte** (Nachbarn, Bekannte, Freunde, etc.): Wir erstatten einen täglichen Höchstbetrag für bis zu 8 Stunden. Die Zahlung an die private Ersatzkraft ist durch einen Kontoauszug nachzuweisen.
- **Ehegatte oder Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grad:** Wir erstatten Verdienstausschlag und/ oder Fahrkosten für maximal zwei Monate bis zu dem Betrag, den wir für eine professionelle Ersatzkraft (Vertragspartner) gezahlt hätten. Dabei gibt es regionale Unterschiede.

Gesetzliche Zuzahlung:

Für jeden Tag der Leistungsanspruchnahme ist eine gesetzliche Zuzahlung in Höhe von 10% des täglichen Leistungsbetrages, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro zu entrichten. Bei einer Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft und Entbindung entfällt die gesetzliche Zuzahlung.

Wichtiger Hinweis:

Wird bei Ihnen das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 festgestellt, endet mit dem Tag des Beginns des Leistungsanspruches auf **Pflegeleistungen** der Anspruch auf Haushaltshilfe. Eventuell gezahlte Haushaltshilfeleistungen werden dann mit den Leistungsansprüchen der Pflegeversicherung verrechnet und können dort zu geminderten Leistungsansprüchen führen. Auch eine zeitgleiche Inanspruchnahme von Leistungen der **häuslichen Krankenpflege** und Haushaltshilfe kann eine Verrechnung der Leistungsansprüche zur Folge haben.

KNAPPSCHAFT
Service-Center
Tel. 08000 200 501
Fax 0234 97838-88888

Bitte im Original zurücksenden

KNAPPSCHAFT
Kranken- und Pflegeversicherung
45095 Essen

Name, Vorname der/des Versicherten

Geburtsdatum:

Kranken-/Pflegeversicherten-Nr.

Anlage
Ärztliche Bescheinigung

Die Patientin/der Patient beantragt die Gewährung einer Haushaltshilfe. Hierfür benötigen wir Ihre Mithilfe.
Bitte beantworten Sie folgende Fragen. Vielen Dank!

1. Wegen welcher Erkrankung ist Haushaltshilfe erforderlich?

2. Handelt es sich um eine schwere Erkrankung oder akute Verschlimmerung einer Krankheit

a) nach einem stationären Krankenhausaufenthalt?

☐ ja ☐ nein

b) nach einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung?

☐ ja ☐ nein

c) während einer onkologischen Strahlen-/Chemotherapie?

(bitte zusätzlich einen Behandlungsplan über die voraussichtliche Therapiedauer beifügen)

☐ ja ☐ nein

3. Handelt es sich um erhebliche Schwangerschaftsbeschwerden oder erhebliche Beschwerden nach einer Entbindung?

☐ ja – (voraussichtlicher) Entbindungstermin: _____ ☐ nein

4. Die Patientin/der Patient ist zur Weiterführung des Haushaltes

☐ nicht mehr ☐ nur eingeschränkt in der Lage.

5. Welcher Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung bzw. Kinderbetreuung liegt vor?

- ☐ Kochen, Essen zubereiten
- ☐ Reinigung der Wohnung
- ☐ Einkaufen
- ☐ Wäsche waschen
- ☐ Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder

6. Zeitraum

Zeitraum der erforderlichen Haushaltshilfe vom _____ bis

Für jeweils _____ Stunde(n) pro Tag, für _____ Tage pro Woche.

7. Ausführliche medizinische Begründung zur Einschränkung der Haushaltsführung:

8. Wurden wegen dieser Erkrankung Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege (§37 SGB V) verordnet?

- ☐ ja ☐ nein

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01620 EBM berechnungsfähig –