

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 Verdienstausschlag 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 Mobil Krankenkasse 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.

HABEN SIE FRAGEN?

Wir beraten Sie gern persönlich.

Besuchen Sie einen unserer Service-Points. Öffnungszeiten und die Möglichkeit zur Terminvereinbarung finden Sie auf mobil-krankenkasse.de/kontakt

Oder rufen Sie uns an.
Ihre kostenlose Service-Hotline:

0800 255 0800

mobil-krankenkasse.de

ANTRAG AUF HAUSHALTSHILFE DATENSCHUTZHINWEIS

Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: info@service.mobil-krankenkasse.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 weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.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 Verdienstaufschlag 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 Pflegeversicherung	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"/> Nein	<input type="checkbox"/> in der Schule	<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"/> Nein	<input type="checkbox"/> in der Schule	<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"/> Nein	<input type="checkbox"/> in der Schule	<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"/> 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"/> in der Schule	<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"/>	

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

Grund der Antragstellung: Arbeitsunfall Berufskrankheit
 Versorgungsliden 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 FÜRName und Krankenversicherungsnummer (**Druckbuchstaben**)

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"/> außerhalb meines Haushalts	<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 (**Druckbuchstaben**)

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 Patient/ die 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 Mobil Krankenkasse vor.
 ist beigefügt.

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