Zurück an:

Continentale BKK
Zentraler Posteingang
30645 Hannover

oder per E-Mail an:
leistungen@continentale-bkk.de
Tel.-Nr. 0231 5571302610

Continentale
Betriebskrankenkasse

Antrag auf Haushaltshilfe

1. Angaben zur Person

Name, Vorname:

Versichertennummer:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon (freiwillige Angabe): Mobil (freiwillige Angabe):

Berufstätigkeit: _____

Erziehungsurlaub: _____

Arbeitgeber: _____

_____

Berufstätig an folgenden Tagen							
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von-bis Uhr

Der Haushalt wurde bisher geführt
- ☐ von mir
- ☐ von meinem Ehegatten
- ☐ von einer anderen Person

2. Ehegatte/Lebenspartner

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Berufstätig an folgenden Tagen							
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von-bis Uhr

Berufstätigkeit/Erziehungsurlaub _____

Anschrift des Arbeitgebers:_____

Krankenkasse des Ehegatten/Lebenspartner: _____

3. Kinder unter 12 Jahren / behinderte Kinder

Name, Vorname	**Geburts-datum**	**das Kind wird betreut**	an folgenden Tagen							
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von-bis Uhr
1.		☐ im Kindergarten, Tagesstätte . ☐ Schule ☐ sonst. Betreuung außer Haus, Anschrift: bitte unter **Punkt 3a eintragen**								
2.		☐ im Kindergarten, Tagesstätte ☐ Schule ☐ sonst. Betreuung außer Haus, Anschrift: bitte unter **Punkt 3a eintragen**								

3.		☐ im Kindergarten, Tagesstätte ☐ Schule ☐ sonst. Betreuung außer Haus, Anschrift: bitte unter **Punkt 3a eintragen**								

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

3a. Werden die Kinder nach dem Kindergarten / Schulbesuch im eigenen Haushalt betreut

☐ ja
☐ nein
☐ sonstige Betreuung durch

_____

_____

Name, Anschrift

4. Weitere im Familienhaushalt des Versicherten lebende Personen

Name Vorname	Geburts-datum	kann den Haushalt nicht weiterführen, weil … (Angabe des Grundes)	Berufstätig an folgenden Tagen							
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von-bis Uhr
1.										
2.										
3.										

5. Ich beantrage

☐ Ersatz für Verdienstausfall wegen unbezahltem Urlaub (Ehegatte), **max. 11,75 €** pro genehmigter Stunde und max. 8 Stunden pro Tag

☐ Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushaltes durch Verwandte innerhalb der gesetzlichen Vorgaben

☐ angemessenen Kostenersatz für eine selbstbeschaffte fremde Haushaltshilfe innerhalb der gesetzlichen Vorgaben

☐ Kostenersatz für Haushaltshilfe durch Ersatzkraft einer caritativen Einrichtung, wie z.B. Sozialstation. Bitte sprechen Sie uns ggf. an.

aufgrund von

	vom – bis	Diagnose/Art der OP
Krankenhaus		
Kur		
Entbindung		
Amb. Behandlung		
Schwangerschaft		
Sonstiges		

Bei Punkt 4/5/6 benötigen wir eine **ärztliche Bescheinigung**. Beinhalten sollte dieses Attest: Gesamtzeitraum, Art der Erkrankung (Diagnose)

6. Als selbstbeschaffte Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

Name, Vorname, Anschrift	Beruf	tägl. Arbeitszeit
_____	_____	_____

Arbeitgeber / Sozialstation / Sonstige: _____

Mit dem Versicherten verwandt oder verschwägert?

☐ nein ☐ ja, und zwar: _____

Voraussichtlicher Beginn der beantragten Haushaltshilfe: _____

Voraussichtliche Dauer der beantragten Haushaltshilfe: _____Tage/Wochen

Es entstehen mir Kosten in Höhe von _____ Euro je Stunde

7. Bankverbindung für die Zahlung der Haushaltshilfe

IBAN: (22 Zeichen) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Kreditinstitut:	Kontoinhaber und Anschrift, wenn nicht gleich Versicherte(r):

Ort, Datum	Unterschrift des Versicherten

Datenschutzhinweis: Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der Continentale BKK notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Website https://www.continentale-bkk.de/datenschutz/informationen-zur-datenverarbeitung/ oder fordern Sie diese Informationen direkt bei uns an.