

Antrag auf Haushaltshilfe

Guten Tag,

Ihre mhplus übernimmt die Kosten für eine Haushaltshilfe gerne, wenn Sie diese im Voraus beantragen und die Voraussetzungen erfüllt sind. Die Voraussetzungen sind erfüllt wenn:

- + nach ärztlicher Bescheinigung aufgrund einer schweren Erkrankung oder einer Schwangerschaft die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und
- + keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

Weitere Informationen zum Thema Haushaltshilfe können Sie dem Informationsschreiben entnehmen.

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten **Antrag vor Leistungsbeginn** unterschrieben zurück.

Herzlichen Dank!

Ihre mhplus erledigt dann alles Weitere für Sie.

Ihre mhplus bietet Ihnen ein Plus an Mehrleistungen. Schauen Sie einfach nach – unter www.mhplus.de.

Informationsschreiben

Ihr Plus: Haushaltshilfe – mhplus zahlt's

Sie brauchen Hilfe in Ihrem Haushalt, weil Sie krank sind oder ins Krankenhaus gehen? Sie machen sich Gedanken wer in dieser Zeit Ihre Kinder betreut oder die Wohnung reinigt? Ihre mhplus ist gerne für Sie da! Wir kümmern uns während dieser Zeit darum, dass alles zu Hause weiterläuft. Bitte klären Sie vorab mit uns, welche Person bzw. Institution Sie als Haushaltshilfe wählen. So können wir die Kostenübernahme vorab prüfen und genehmigen.

Wann bezahlt Ihre mhplus eine Haushaltshilfe?

Wir übernehmen die Kosten einer Haushaltshilfe, wenn Sie Ihren Haushalt nicht selbst führen können wegen einer

- + Behandlung im Krankenhaus,
- + Kur, stationären Vorsorge oder Reha-Maßnahme
- + akuten Erkrankungen
- + Risikoschwangerschaft oder Entbindung.

Sie bekommen eine Haushaltshilfe, wenn

- + Sie diese vorher bei Ihrer mhplus beantragen.
- + Sie nach einem ärztlichen Attest wegen einer Krankheit Ihren Haushalt nicht weiterführen können und
- + eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

Wie lange erhalten Sie Haushaltshilfe?

- + maximal vier Wochen.
- + Wenn im Haushalt jedoch ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert ist, verlängert sich der Anspruch auf längstens 26 Wochen.
- + Ihr Plus: bei Ihrer mhplus verlängert sich der Anspruch auch für Kinder bis zu 14 Jahren.

Für welche Tätigkeiten bekommen Sie Haushaltshilfe?

Falls Sie aus medizinischen Gründen Tätigkeiten, wie die Reinigung der Wohnung oder das Kochen, nicht mehr ausführen können erhalten Sie Unterstützung. Füllen Sie bitte die Tabelle im Antrag aus. Bitte bedenken Sie, dass hier Tätigkeiten, wie der saisonale Großputz etc., nicht enthalten sein sollen.

Haushaltshilfe - so viel zahlt Ihre mhplus

Wenn Sie selbst eine Haushaltshilfe organisieren, zahlt Ihre mhplus pro Stunde bis zu 11,00 Euro. Pro Tag gibt's maximal 88,00 Euro.

Wenn Ihr Ehepartner sich um den Haushalt kümmert und dafür unbezahlten Urlaub nimmt, gibt es auch Geld von uns. Wir übernehmen dann das ausgefallene Nettogehalt - pro Tag maximal 88,00 Euro.

Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grad erstatten wir

- + die Fahrkosten und
- + den nachgewiesenen Verdienstausfall - pro Tag maximal 88,00 Euro.

Für Sie fällt nur ein Eigenanteil von 10 % der täglichen Kosten der Haushaltshilfe an. Sie zahlen mindestens 5,00 Euro und höchstens 10,00 Euro. Wenn Sie eine Haushaltshilfe wegen einer Schwangerschaft oder Entbindung brauchen, zahlen Sie keinen Eigenanteil.

Antwort

mhplus Betriebskrankenkasse
71632 Ludwigsburg

Antrag auf Haushaltshilfe

Ich beantrage Haushaltshilfe

ab _____

bis _____

Angaben des Mitglieds			berufstätig an folgenden Tagen:			
Name, Vorname	Versicherungsnummer	Tätigkeit/Beruf		von	bis	Stunden
Straße, PLZ, Ort			Montag			
Arbeitgeber bzw. Versicherungssituation (bitte vollständige Adresse und Telefonnummer angeben) <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert			Dienstag			
			Mittwoch			
			Donnerstag			
			Freitag			
			Samstag			
			Sonntag			

Angaben zur/zum Ehe-/Lebenspartner(in)			berufstätig an folgenden Tagen:			
Name, Vorname	Geburtsdatum	Tätigkeit/Beruf		von	bis	Stunden
Selbst krankenversichert bei:			Montag			
Arbeitgeber bzw. Versicherungssituation (bitte vollständige Adresse und Telefonnummer angeben) <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert			Dienstag			
			Mittwoch			
			Donnerstag			
			Freitag			
			Samstag			
			Sonntag			

im Haushalt leben keine Kinder

Im Haushalt lebt mindestens ein Kind, das

das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat

behindert und auf Hilfe angewiesen ist (Bitte fügen Sie eine ärztliche Bescheinigung über die Behinderungsart bei)

Vorname, Name des Kindes

Geburtsdatum

Werden für dieses Kind Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen?

ja nein

Die Haushaltsführung/Betreuung des/der Kindes(r) erfolgte bisher:

- durch Erkrankte(n) alleine
- durch Ehegatten/Lebenspartner alleine (Unzutreffendes bitte streichen)
- durch Erkrankte(n) und Ehegatten/Lebenspartner gemeinsam (Unzutreffendes bitte streichen)
- durch andere Person (bitte angeben) _____
- In Kindergärten, Schulen etc. (Füllen Sie bitte die Tabelle aus)

Angaben zu/m Kind/ern unter 14 Jahren/behindertem Kind						
Name, Vorname	Geburtsdatum	Wo wird das Kind betreut?	Schul- und Kindergartenbesuch:			
			von bis Stunden			
1.		<input type="checkbox"/> In Kindergarten, Tagesstätte usw. <input type="checkbox"/> Sonstige Betreuung außerhalb Haus	Montag 1.			
			2.			
			3.			
			Dienstag 1.			
			2.			
			3.			
			Mittwoch 1.			
			2.			
			3.			
2.		<input type="checkbox"/> In Kindergarten, Tagesstätte usw. <input type="checkbox"/> Sonstige Betreuung außerhalb Haus	Donnerstag 1.			
			2.			
			3.			
			Freitag 1.			
			2.			
			3.			
			Samstag 1.			
			2.			
			3.			
3.		<input type="checkbox"/> In Kindergarten, Tagesstätte usw. <input type="checkbox"/> Sonstige Betreuung außerhalb Haus	Sonntag 1.			
			2.			
			3.			

Weitere im Familienhaushalt lebende Personen (z. B. Großeltern, Eltern, Kinder ab 14 Jahren)		
Name, Vorname	Geburtsdatum	*Weiterführung des Haushaltes möglich?
1.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil
2.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil
3.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil

*falls die Weiterführung des Haushaltes durch Schichtdienst oder Arbeitssuche nicht möglich ist, bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei. In den übrigen Fällen ist Ihre schriftliche Begründung auf diesem Antrag ausreichend.

Antwort

mhplus Betriebskrankenkasse
71632 Ludwigsburg

Antrag auf Haushaltshilfe

Ich beantrage die Kostenerstattung für die Haushaltshilfe, die durch Verwandte erbracht wird. eine angemessene Kostenerstattung für eine selbst organisierte Haushaltshilfe. die Kostenerstattung für die Haushaltshilfe durch Ersatzkraft einer karitativen Einrichtung wie z. B. Sozialstation. Erstattung des Verdienstausfalls wegen unbezahltem Urlaub.

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

Der Haushalt wurde bisher	<input type="checkbox"/> von mir geführt.	<input type="checkbox"/> von meinem Ehepartner geführt.	<input type="checkbox"/> von sonstiger Person geführt.
---------------------------	---	---	--

Als Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

Name, Vorname sowie gegebenenfalls Geburtsname, Wohnort	Beruf
Arbeitgeber	

Ist die Haushaltshilfe mit Ihnen verwandt oder verschwägert?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar (bitte Verwandtschaftsgrad angeben)

Bitte stellen Sie uns eine Übersicht zur Verfügung, in der aufgeführt ist, welche Tätigkeiten von der Haushaltshilfe durchgeführt werden. Herzlichen Dank!

Ich weiß, dass bei einer mit mir bis zum zweiten Grade verwandten oder verschwägerten Haushaltshilfe die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstausfall erstattet werden können.

Es entstehen mir (voraussichtlich) Kosten in Höhe von _____ Euro je Stunde für _____ Stunden täglich.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind. Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückbezahlt werden müssen. Alle Änderungen, die sich während der Tätigkeit der Haushaltshilfe ergeben, werde ich der mhplus umgehend mitteilen.

Datum	X Unterschrift	Telefonnummer, unter der ich tagsüber zu erreichen bin
-------	--------------------------	--

Abrechnung der Haushaltshilfe

Angaben zur Haushaltshilfe											
Name, Vorname und gegebenenfalls Geburtsname				Geburtstag		Familienstand			Krankenkasse		
Anschrift						Telefonnummer					
Berufstätig? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar als											
Bestätigung der Haushaltshilfe/Tätigkeitsnachweis											
Datum	Uhrzeit von/bis	Stunden	Datum	Uhrzeit von/bis	Stunden	Datum	Uhrzeit von/bis	Stunden	Datum	Uhrzeit von/bis	Stunden
Stunden gesamt			Stunden gesamt			Stunden gesamt			Stunden gesamt		
Stunden insgesamt											
Ich bestätige, dass über die gesamte Zeit die Haushaltshilfe von keiner der im Haushalt lebenden Personen erbracht werden konnte. Die Haushaltshilfe wurde auch von keiner anderen Stelle erbracht.											
Bitte beschreiben Sie ausführlich, aus welchem Grund die Haushaltshilfe von keiner im Haushalt lebenden Person erbracht werden konnte.											
<hr/> <hr/> <hr/>											
Datum _____						X Unterschrift der/des Versicherten					
Entstandene Kosten											
Fahrkosten _____ mal von _____ nach _____ Betrag _____ Verdienstaussfall (Ein Nachweis vom Arbeitgeber liegt bei.) _____ Arbeitsstunden je _____ (Betrag einfügen) Sonstige Auslagen: _____ Betrag _____									Für die Krankenkasse		
Empfangsbestätigung der Haushaltshilfe (gilt nicht für Verwandte)											
Vom Versicherten werden mir folgende Arbeitszeiten und Auslagen gezahlt: _____ Stunden je _____ (Betrag einfügen) Gesamtbetrag _____ sowie (weitere Auslagen): _____ Betrag _____									Für die Krankenkasse		
Datum _____						X Unterschrift der Haushaltshilfe					

Antwort
mhplus Betriebskrankenkasse
71632 Ludwigsburg

Ärztliche Bescheinigung für Haushaltshilfe (nach § 38 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch)

Vorname

Name

Versicherungsnummer

Der/die Versicherte kann den Haushalt ab _____ bis _____

- nicht mehr weiterführen. nur eingeschränkt weiterführen.

Diagnose (Bitte ICD-Diagnose und ausführliche Begründung angeben.):

Die Haushaltshilfe ist erforderlich aufgrund einer

- Krankenhausbehandlung.
- Risikoschwangerschaft.
- Entbindung. (voraussichtliche) Entbindung am _____.
- Es wurde bis zum _____ Bettruhe/strenge Bettruhe verordnet.
- schweren akuten Erkrankung.
- akuten Verschlimmerung der Krankheit.
- chronischen Erkrankung.
- aus medizinischen Gründen notwendigen Begleitung eines versicherten Angehörigen
- Chemo-/Strahlentherapie in der Zeit vom _____ bis _____
(Bitte Therapieplan beifügen)
- Es handelt sich seit _____ um einen Pflegefall
- Es wurde bereits seit _____ häusliche Krankenpflege verordnet

Welche krankheitsbedingten Beeinträchtigungen gibt es?

- Hauswirtschaftliche Tätigkeiten
- Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder
- Heben und Tragen von Lasten ab _____ kg
- Besonderheiten: _____

Datum

X

Stempel und Unterschrift des Arztes

(Für die Angaben können Sie die Nummer 01620 (EBM) berechnen.)

Antwort

mhplus Betriebskrankenkasse
71632 Ludwigsburg

Bescheinigung für Haushaltshilfe vom bis für ,

**Name des Ehe-/
Lebenspartners:**

(vom Arbeitgeber auszufüllen, wenn anstelle des Ehe-/Lebenspartners eine fremde Person die Haushaltsführung übernimmt)

Dieser Nachweis ist erst nach Inanspruchnahme der Haushaltshilfe auszufüllen.

Tägliche Arbeitszeit:	von	bis
Datum:		
Arbeitszeit:	von	bis
Datum:		
Arbeitszeit:	von	bis
Datum:		
Arbeitszeit:	von	bis
Datum:		
Arbeitszeit:	von	bis
Datum:		
Arbeitszeit:	von	bis
Datum:		
Arbeitszeit:	von	bis
Datum:		
Arbeitszeit:	von	bis
Datum:		

Datum

X _____
Stempel/Unterschrift des Arbeitgebers