



BAHN-BKK  
PostCenter  
48123 Münster

## Antrag auf Haushaltshilfe (von der haushaltsführenden Person auszufüllen)

Name, Vorname der haushaltsführenden Person	Kundennummer	Geburtsdatum
Anschrift	Familienstand	Telefonnummer

**Erklärung:** Hiermit bestätige ich, dass alle im Folgenden gemachten Angaben wahrheitsgemäß und richtig sind. Mir ist bewusst, dass ich mich mit Falschangaben nach § 263 StGB des Sozialleistungsbetruges strafbar mache. Gleichzeitig verpflichte ich mich, Veränderungen zu den vorstehenden Angaben der Krankenkasse sofort mitzuteilen. Unterlassene Mitteilungen können zu Rückforderungen führen.

### 1. Antragsgrund (bitte Anlage ärztliche Bescheinigung beifügen)

Die Weiterführung des Haushalts ist/war mir auch unter Einbeziehung anderer Haushaltsmitglieder ab bis (voraussichtlich) aus folgendem Grund nicht möglich:

- ☐ Krankenhausbehandlung oder Entbindung vom bis
- ☐ Zustand nach ambulanter oder stationärer Operation vom bis
- ☐ Schwere Krankheit oder akute Verschlimmerung vom bis
- ☐ Schwangerschaft mit schwerwiegenden Komplikationen vom bis
- ☐ Kuraufenthalt vom bis, wenn dieser durch uns genehmigt wurde (andernfalls bitte an den Kostenträger wenden, der die Kur/Reha bewilligt hat)

### 2. Tage, an denen ich regelmäßig arbeite

Nur auszufüllen, wenn die haushaltsführende Person in einem Beschäftigungsverhältnis steht.

Abwesenheitszeiten: reguläre Arbeitszeit inkl. Fahrzeit / Uhrzeit (von bis)	
<input type="checkbox"/> Montag	
<input type="checkbox"/> Dienstag	
<input type="checkbox"/> Mittwoch	
<input type="checkbox"/> Donnerstag	
<input type="checkbox"/> Freitag	
<input type="checkbox"/> Samstag	
<input type="checkbox"/> Sonntag	

### 3. Außer mir leben im Haushalt folgende Personen

Name, Vorname	Geburtsdatum	Behinderung/ Pflegegrad	Verwandtschafts- verhältnis	Abwesenheitszeiten (Arbeit, Schule, Betreuung)	Krankenkasse

Bei beruflichen Abwesenheiten: Bitte Bestätigung des Arbeitgebers beifügen. (Anlage: Verhinderungsnachweis)

#### 4. Ersatzkraft

Name, Vorname der Ersatzkraft	Geburtsdatum	Krankenkasse
Anschrift	Berufliche Tätigkeit	Telefonnummer

Die Ersatzkraft ist mit mir verwandt/verschwägert ☐ nein<sup>1</sup> ☐ ja<sup>2</sup>, Art: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Für die Erstattung ist der Nachweis über die tatsächlich entstandenen Kosten erforderlich (**Anlage Ersatzkraft**).

<sup>2</sup> Bitte beachten Sie, dass beim Partner oder einer Person mit einer Verwandtschaft bis zum 2. Grad, eine Bestätigung des Arbeitgebers über den ggf. entstandenen Verdienstaussfall beizufügen ist (**Anlage Bestätigung Verdienstaussfall**)

☐ Die Ersatzkraft soll möglichst von der Krankenkasse vermittelt werden

In diesem Fall bin ich damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten zum Zweck der Kontaktaufnahme an einen Leistungserbringer weitergegeben werden. Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Daten ausschließlich zur Vertragsumsetzung, zur Leistungsabrechnung und zur Abrechnungsprüfung verwendet werden. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Datenverarbeitung freiwillig erkläre und jederzeit formlos widerrufen kann. Ebenfalls ist mir bekannt, dass mein Leistungsanspruch nicht davon abhängt, dass ich diese Erklärung abgebe.

☐ Anstelle einer Ersatzkraft beantrage ich einen Zuschuss für erweiterte Kinderbetreuung (z. B. Kita, Hort)

Weitere Angaben zu den Punkten 5 bis 7 sind nicht erforderlich. Der Zuschuss beträgt je betreutem Kind max. 6 €/Tag in 2024 bzw. 6,83 €/Tag in 2025. Die tatsächlich entstandenen Kosten der Betreuungseinrichtung sind nachzuweisen (**Anlage Betreuungszuschuss**). Zuzahlungen fallen nicht an.

#### 5. Ich benötige Haushaltshilfe für folgende Leistungen

##### Informationen zur Wohnsituation

- ☐ Einfamilienhaus ☐ Mehrfamilienhaus  
☐ Erdgeschoss bzw. Aufzug vorhanden  
☐ 1. Stock  
☐ 2. Stock  
☐ 3. Stock und weitere Etagen

##### Leistungsbedarf der hauswirtschaftlichen Versorgung

Bitte geben Sie die unaufschiebbaren Leistungen an, die nicht vom Partner oder älteren Kindern erbracht werden können. Periodisch auftretende Haushaltstätigkeiten (z. B. Fensterputz, Backofenreinigung) gelten nicht als unaufschiebbar.

- ☐ Aufräumen, Putzen, Spülen Anzahl Std. pro Woche: \_\_\_\_\_
- ☐ Wäsche Anzahl Std. pro Woche: \_\_\_\_\_
- ☐ Einkaufen Anzahl Std. pro Woche: \_\_\_\_\_
- ☐ Zubereitung von Mahlzeiten Anzahl Std. pro Woche: \_\_\_\_\_

##### Leistungsbedarf der Kinderbetreuung

Bitte geben Sie die Betreuungsbedarfe an, die nicht bereits durch Einrichtungen, Tagespflegepersonen oder Verwandte abgedeckt sind. Für Kinder ab 12 Jahren besteht ohne besondere Hilfsbedürftigkeit kein Anspruch auf Kinderbetreuung.

Vorname	Alter	Beschreibung der zu ersetzenden Kinderbetreuung	Anzahl Std. pro Woche

## **6. Ich beantrage daher Haushaltshilfe für folgende Tage**

	Uhrzeit (von bis)	Uhrzeit (von bis)	Tägl. Stunden
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			
Samstag			
Sonntag			

## **7. Kosten**

Ich habe mit der Ersatzkraft folgenden Stundensatz vereinbart: \_\_\_\_\_ €

Mir ist bewusst, dass sich der vereinbarte Stundensatz auf meine Zuzahlung auswirken kann und die Höchststundensätze 11,75 € in 2025 bzw. 12,25 € in 2026 betragen.

Mir ist bewusst, dass die Zahlung an die Ersatzkraft per Banküberweisung erfolgen muss und Barzahlungen nicht akzeptiert werden.

## **8. Die Erstattung soll auf folgende Bankverbindung erfolgen**

Name der Bank

IBAN

Kontoführende Person (falls abweichend von haushaltsführender Person)

### **Ich möchte Neuigkeiten zuerst erfahren**

☐

Bitte informieren Sie mich über Neues bei der BAHN-BKK per Telefon, E-Mail oder SMS. Ich kann mein Einverständnis jederzeit widerrufen.

☐

Geben Sie bitte meine Adressdaten und Telefonnummer an die DEVK weiter, damit sie mich über eine Krankenzusatzversicherung informieren kann. Ich kann mein Einverständnis jederzeit widerrufen.

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Meine Telefonnummer:** \_\_\_\_\_ (freiwillige Angabe)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der haushaltsführenden Person bzw. der gesetzlichen Vertretung

### **Datenschutzhinweis**

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage des § 284 Abs. 1 Nr. 4 in Verbindung mit §§ 24h, 38 SGB V sowie § 74 SGB IX und ist für die Durchführung unserer Aufgaben erforderlich. Zusätzlich bitten wir um die Angabe Ihrer Telefonnummer, um die generelle Kontaktaufnahme mit Ihnen zu erleichtern. Ihre dazu erteilte Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen. Die bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) finden Sie auf unserer Internetseite [www.bahn-bkk.de/datenschutz](http://www.bahn-bkk.de/datenschutz). Gern senden wir Ihnen diese Informationen auch zu. Rufen Sie uns dazu bitte unter unserer kostenfreien Servicenummer an: 0800 22 46 255. Sie erreichen uns täglich von 8 bis 20 Uhr.