

ANTRAG AUF ÜBERNAMEN DER KOSTEN EINER HAUSHALTSHILFE BEI SCHWANGERSCHAFT UND ENTBINDUNG

GUTEN TAG,

beiliegend erhalten Sie Ihren Antrag auf Kostenübernahme einer Haushaltshilfe.

VORAUSSETZUNGEN UND INHALT

Wir können Ihnen Haushaltshilfe gewähren, wenn in Ihrem Haushalt ein Kind lebt und Sie wegen Schwangerschaft und/oder Entbindung die Haushaltsführung nicht weiter übernehmen können.

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.

Wenn die Haushaltshilfe bis zum 2. Grad mit Ihnen verwandt oder verschwägert ist, können die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstausfall 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.

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 FÜR _____
Name 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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> außerhalb meines Haushalts	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 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**)

Ich bitte um Überweisung an folgende Bankverbindung:

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)

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückerstattet werden müssen. Änderungen, welche sich während des Leistungszeitraums ergeben, werde ich der Mobil Krankenkasse unverzüglich mitteilen. Beantrage ich die Kostenübernahme für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe, bestätige ich, dass ich mit dieser weder bis zum zweiten Grad verwandt, noch verschwägert bin.

Datum

Unterschrift des/der Versicherten

Telefonnummer/E-Mail-Adresse

