

Fragen und Antworten zur Haushaltshilfe

Sie können sich auf uns verlassen: Auch in schwierigen Zeiten stehen wir Ihnen als starker Partner zur Seite und prüfen selbstverständlich Ihren Anspruch auf eine Haushaltshilfe. Hier erfahren Sie alles Wichtige rund um das Thema Haushaltshilfe und welche Voraussetzungen dafür notwendig sind.

1. Was ist eine Haushaltshilfe?

Eine Haushaltshilfe ist eine Person, die Ihnen hilft, vorübergehend den Haushalt weiterzuführen. Diese übernimmt unter anderem die Kinderbetreuung, wenn Ihnen das aus gesundheitlichen Gründen selbst nicht möglich ist.

Sie können die Haushaltshilfe selbst auswählen. Diese Aufgabe kann eine vertraute Person aus Ihrem näheren Umfeld übernehmen – oder z. B. eine Fachkraft von einem Pflegedienst.

2. Wann habe ich Anspruch auf eine Haushaltshilfe?

Bei Ihnen lebt ein Kind, welches das zwölfte Lebensjahr[1] noch nicht vollendet hat oder welches durch eine Behinderung auf Hilfe angewiesen ist?

Dann haben Sie in den folgenden Fällen einen Anspruch auf Haushaltshilfe:

- Sie befinden sich in stationärer Krankenhausbehandlung.
- Ihnen ist die Weiterführung des Haushalts nicht möglich aufgrund einer schweren Krankheit, einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung (Dauer begrenzt auf max. 26 Wochen
- Sie nehmen an einer Kur teil, deren Kosten ganz oder teilweise von uns getragen werden.
- Sie erhalten häusliche Krankenpflege nach § 37 Sozialgesetzbuch (SGB) V, wodurch eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden wird.

[1] Unter bestimmten Voraussetzungen erhalten Sie von der MKK als Satzungsleistung für längstens 30 Tage eine Haushaltshilfe bei Kindern, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Mobil KRANKENKASSE

- Sie müssen ambulant operiert werden.
- Sie können wegen einer Schwangerschaft und/oder Entbindung die Haushaltsführung nicht weiter übernehmen.

Wenn kein Kind in Ihrem Haushalt lebt, können Sie in den folgenden Fällen eine Haushaltshilfe für die Dauer von maximal vier Wochen beantragen:

- Wenn Ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit nicht möglich ist.
- Wenn Sie wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung den Haushalt nicht weiterführen können.

3. Wann habe ich keinen Anspruch auf eine Haushaltshilfe?

Wichtig:

- **Wenn eine andere im Haushalt lebende Person diesen weiterführen kann** (z. B. an Wochenenden, in den Abendstunden, während der Arbeitsunfähigkeit, an arbeitsfreien Tagen oder an Urlaubstagen), **ist der Anspruch ausgeschlossen bzw. gemindert.**
- Eine Haushaltshilfe kann ebenfalls nicht zur Verfügung gestellt werden, wenn der Haushalt nicht von Ihnen geführt wurde.
- 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.

4. Besonderheiten bei Schwangerschaft und Entbindung

Wenn Beschwerden während der Schwangerschaft oder nach der Entbindung der Grund für eine Haushaltshilfe sind, müssen Sie keine Zuzahlung leisten.

5. Wann und wie stelle ich den Antrag?

Bitte stellen Sie den Antrag auf Haushaltshilfe, bevor Sie die Leistung in Anspruch nehmen möchten. Wir benötigen Ihre Angaben für die Entscheidung darüber, ob wir die Kosten übernehmen können.

Gut zu wissen: Nutzen Sie das beiliegende Formular, um die Haushaltshilfe zu beantragen. Ob und in welchem Umfang wir uns an den Kosten beteiligen, können wir erst nach Erhalt Ihrer kompletten Unterlagen feststellen.

6. Wie hoch ist meine Zuzahlung?

Sofern Sie 18 Jahre oder älter sind, beträgt Ihre gesetzliche Zuzahlung 10 % der Kosten pro Kalendertag, an dem die Haushaltshilfe in Anspruch genommen wurde.

Die Zuzahlung beträgt täglich mindestens 5,00 Euro und maximal 10,00 Euro.

7. Wie weise ich die Zahlung an die Haushaltshilfe nach?

Damit wir Ihnen die Kosten für Ihre selbstbeschaffte Haushaltshilfe erstatten können, benötigen wir einen **Zahlungsnachweis in Form eines Kontoauszugs**. Eine formlose Bestätigung Ihrer Haushaltshilfe über eine Barzahlung ist nicht ausreichend.

Bei berufstätigen Angehörigen benötigen wir einen entsprechenden Arbeitszeitnachweis.

Haben Sie Fragen?

Wir beraten Sie gen 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-krankenksse.de

Mobil KRANKENKASSE

Antrag auf Haushaltshilfe

Damit wir schnellstmöglich Ihren Anspruch auf eine Haushaltshilfe prüfen können: Füllen Sie bitte diesen Antrag aus – und senden Sie ihn unterschrieben an uns zurück.

Gleich ausfüllen und absenden

1. Angaben des Versicherten
(der haushaltsführenden Person)

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

Straße/Hausnummer:

Geburtsdatum:

PLZ:

Ort:

Berufstätig an folgenden Tagen (bitte Arbeitszeiten ergänzen):

☐ Mo	☐ Di	☐ Mi	☐ Do	☐ Fr	☐ Sa	☐ So

2. Angaben des Ehepartners oder Lebenspartners

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Tätigkeit/Beruf:

Berufstätig an folgenden Tagen (bitte Arbeitszeiten ergänzen und Nachweise beifügen):

☐ Mo	☐ Di	☐ Mi	☐ Do	☐ Fr	☐ Sa	☐ So

Eine stundenweise Freistellung ist möglich: ja ☐ nein ☐

Besteht aktuell eine Arbeitsunfähigkeit? ja ☐ nein ☐

Name des Arbeitgebers:

Straße/Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Mobil KRANKENKASSE

Antrag auf Haushaltshilfe

Name, Vorname: | Versicherten-Nr.:

3. Kinder unter 12 Jahren oder Kinder mit einer Behinderung

(Bitte fügen Sie ggf. eine Bescheinigung über die Art der Behinderung bei.)

Kind 1:

Name, Vorname: | Geburtsdatum:

Leistungen der Pflegeversicherung: ☐ ja ☐ nein ☐ beantragt

Die Betreuung erfolgt normalerweise:

Einrichtung	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Zeit (von-bis)
☐ in der Schule/Kita	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Kind 2

Name, Vorname: | Geburtsdatum:

Leistungen der Pflegeversicherung ☐ ja ☐ nein ☐ beantragt

Die Betreuung erfolgt normalerweise

Einrichtung	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Zeit (von-bis)
☐ in der Schule/Kita	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Kind 3

Name, Vorname: | Geburtsdatum:

Leistungen der Pflegeversicherung ☐ ja ☐ nein ☐ beantragt

Die Betreuung erfolgt normalerweise

Einrichtung	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Zeit (von-bis)
☐ in der Schule/Kita	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Antrag auf Haushaltshilfe

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

4. Weitere im Familienhaushalt des Versicherten lebende Personen

(z. B. Kinder ab 12 Jahren)

1. Person

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Kann den Haushalt nicht weiterführen

Begründung	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Zeit (von-bis)
☐ in der Schule	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
☐ berufstätig	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

2. Person

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Kann den Haushalt nicht weiterführen

Begründung	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Zeit (von-bis)
☐ in der Schule	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
☐ berufstätig	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

In Behandlung begibt/befindet sich ☐ der Versicherte selbst ☐ der Ehe-/Lebenspartner

5. Grund der Antragstellung

In Behandlung begibt/befindet sich ☐ der Versicherte selbst ☐ der Ehe-/Lebenspartner

Ich bin mitaufgenommene Begleitperson im Krankenhaus und beziehe Krankengeld nach § 44b Sozialgesetzbuch V bzw. habe dieses beantragt. ☐ ja ☐ nein

Die Leistung ist erforderlich wegen:

☐ einem Arbeitsunfall ☐ einer Berufskrankheit

☐ einem Versorgungsleiden ☐ einer Schädigung durch Dritte

Haben Sie Leistungen der Pflegeversicherung gestellt oder beabsichtigen Sie diese innerhalb der nächsten Monate zu stellen?

☐ nein ☐ ja, am:

Ich beantrage für die Zeit vom bis

☐ Ersatz für Verdienstausfall bei Arbeitnehmern wegen unbezahltem Urlaub.

☐ Angemessenen Kostenersatz für eine selbst beschaffte, fremde Haushaltshilfe.

Mobil KRANKENKASSE

Antrag auf Haushaltshilfe

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

Als selbstbeschaffte Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Beruf:

Arbeitgeber:

Meine unter 12 Jahre alten Kinder werden für die Dauer der genannten Behandlung regelmäßig wie folgt untergebracht:

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Zeit (von-bis)
☐ in meinem Haushalt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
☐ außerhalb meines Haushalts	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Wenn außerhalb meines Haushalts: Bei wem und wo? (Name, Anschrift)

Als caritative Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

Genaue Bezeichnung und Anschrift der Einrichtung:

☐ **Ich möchte, dass die Mobil Krankenkasse mir eine Haushaltshilfe beschafft** und bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten ggf. an einen beauftragten Dienstleister vor Ort (z. B. zur Terminvereinbarung) weiterge-leitet werden.

Zur Ihrer Information: Sie können die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.
Der Widerruf kann schriftlich an folgende E-Mail Adresse erfolgen: info@service.mobil-krankenkasse.de
Dieser führt jedoch dazu, dass eine Versorgung über den gewählten Anbieter nicht mehr möglich ist.

Ort, Datum:

Unterschrift:

☐ Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushalts durch Verwandte.

Die Haushaltshilfe ist mit mir

☐ verwandt. Art der Verwandtschaft:

☐ verschwägert.

Art der entstehenden Kosten

☐ Verdienstausfall (Bitte tragen Sie den Arbeitgeber ein (Name, Anschrift)):

☐ Fahrkosten

Ersatz für Einkommensausfall bei Selbstständigen

Name und Anschrift der Firma:

Mobil KRANKENKASSE

Antrag auf Haushaltshilfe

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

Anzahl der Mitarbeiter:

Genaue Tätigkeitsbeschreibung:

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

Der Haushalt wurde bisher durchgeführt:

☐ von mir ☐ von meinem Ehe-/Lebenspartner ☐ von einer sonstigen Person

Es entstehen mir (voraussichtlich) Kosten von

Euro je Stunde für: Stunden täglich Stunden wöchentlich

Zu Ihrer Information: Damit wir Ihnen die Kosten für Ihre selbstbeschaffte Haushaltshilfe erstatten können, benötigen wir einen **Zahlungsnachweis in Form eines Kontoauszugs**.
Eine formlose Bestätigung Ihrer Haushaltshilfe über eine Barzahlung ist nicht ausreichend.

6. Angaben zur Bankverbindung

Name des Geldinstituts:

IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig:

D	E																			

BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig:

Vorname und Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller):

Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller):

Datum:

Unterschrift des Kontoinhabers:

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 § 24h oder § 38 Sozialgesetzbuch (SGB) V. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.de/datenschutz

Ort, Datum:

Unterschrift des Antragstellers:

Telefon (optional):

E-Mail (optional):

Senden Sie bitte diese Seiten ausgefüllt zurück

Per Post:
Mobil Krankenkasse
20091 Hamburg

Per E-Mail:
Unterlagen scannen und senden an
info@service.mobil-krankenkasse.de

Per App MOBIL ME:
Unterlagen fotografieren und hochladen

Mobil KRANKENKASSE

Ärztliche Bescheinigung zum Antrag auf Haushaltshilfe

Name, Vorname: | Geburtsdatum: | Versicherten-Nr.:

1. Medizinische Daten

Die oben genannte Person benötigt eine Haushaltshilfe.

Sie ist zur Weiterführung des Haushalts ab dem

aufgrund der ärztlichen Behandlung am

☐ nicht mehr ☐ nur eingeschränkt in der Lage.

Begründung: ICD-10: Diagnose:

Erstmaliger Beginn/Eintritt der Erkrankung mit dem Datum:

Aufgrund dieser Diagnose ist der der Patient in folgendem Maße eingeschränkt

2. Vollständige Einschränkung bei der Haushaltsführung

☐ Verordnung kompletter Bettruhe ☐ Vollständige Bewegungsunfähigkeit liegt vor

Teilweise Einschränkung bei der Haushaltsführung

☐ kein Heben über kg möglich ☐ Kein Bücken möglich

☐ Kinderbetreuung/-beaufsichtigung ☐ eingeschränkt möglich ☐ nicht möglich

☐ Sonstiges

Die Haushaltshilfe wird benötigt für die Dauer von Tag(en) in der Woche,

für Woche(n), zu jeweils Stunden/Tag.

3. Die Haushaltshilfe ist erforderlich wegen

☐ einer häuslichen Krankenpflege.

☐ Der Antrag auf häusliche Krankenpflege ☐ liegt der Krankenkasse vor. ☐ ist beigefügt.

☐ einer stationären Krankenhausbehandlung. Zeitraum:

☐ einer ambulanten Krankenhausbehandlung. Zeitraum:

☐ einer stationären Kurbehandlung. Zeitraum:

☐ einer ambulanten Operation. Zeitraum:

☐ einer ambulant behandelten Erkrankung mit großen Funktionseinschränkungen.

Die nächste ambulante Behandlung findet statt am

Datum: Stempel:

Unterschrift:

Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig. Es kann die Porto-Kostenpauschale 40110 (0,81 Euro) abgerechnet werden, wenn der Brief per Post verschickt wird.
Die Abrechnung von Telefaxen erfolgt über die neue Fax-Kostenpauschale 40111 (0,10 Euro).
Zum 1. Juli 2021 wird die Bewertung der Fax-Kostenpauschale 40111 auf 0,05 Euro pro Fax-Versand gesenkt.
Die Bestimmungen bis zum 30.06.2020 des EBM zu den Portokosten sind in einer Übergangszeit weiterhin gültig.

Mobil KRANKENKASSE