

|  |
| --- |
| **Antrag für den Abschluss eines Vertrages über die Versorgung mit Haushaltshilfe gemäß § 38 Abs. 1 und 2 SGB V und § 24h SGB V** |

**Allgemeine Angaben zum Leistungserbringer:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Einrichtung: |  |
| Anschrift: |  |
| PLZ, Ort: |  |
| Telefon: |  |
| E-Mail: |  |
| IK – Nr.: |  |
| Örtl. Einzugsbereich: |  |
| Vergütungsforderung (Stundensatz in Euro): |  |

**Angaben zum Personal:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Name |
| Geschäftsführung: |  |

Fachliche Leitung:

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| Berufsbezeichnung: |  |
| Stundenanzahl pro Woche: |  |
| Beschäftigsbeginn: |  |

Der/die fachliche Leiter/in übt seine / ihre Tätigkeit hauptberuflich aus:

|  |  |
| --- | --- |
| Ja (Bitte ankreuzen) | Nein (Bitte ankreuzen) |
|  |  |

Stellvertretung:

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| Berufsbezeichnung: |  |
| Stundenanzahl pro Woche: |  |
| Beschäftigsbeginn: |  |

Der/die stellv. fachliche Leiter/in übt seine / ihre Tätigkeit hauptberuflich aus:

|  |  |
| --- | --- |
| Ja (Bitte ankreuzen) | Nein (Bitte ankreuzen) |
|  |  |

Weitere Kräfte:

|  |  |
| --- | --- |
| Ja (Bitte ankreuzen) | Nein (Bitte ankreuzen) |
|  |  |

Wenn ja, welche ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name | Stundenanzahl pro Woche | Beschäftigungsbeginn |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Organisatorische Voraussetzungen:**

Ja Nein

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mitarbeiterdokumentation entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen |  |  |
| Eigenständiger Telefonanschluss mit Anrufbeantworter und Anrufweiterleitung |  |  |
| Die für die Durchführung der Haushaltshilfe notwendige Mobilität |  |  |
| Einsatzplan |  |  |

|  |
| --- |
| **Hinweis:**  Anträge auf Abschluss eines Vertrages sind mindestens ein Monat vor der beabsichtigten Wirksamkeit der Vertragsschließung zu stellen (jeweils zum 1. eines Monats). Alle erforderliche Unterlagen sind vollständig einzureichen.  Die Antragsprüfung wird in Nordrhein-Westfalen kassenartenübergreifend durchgeführt. Beteilligt sind die nachfolgend benannten Ersatzkassen   * Techniker Krankenkasse (TK) * BARMER * DAK-Gesundheit * Kaufmännische Krankenkasse – KKH * Handelskrankenkasse (hkk) * HEK - Hanseatische Krankenkasse   gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),  vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung NRW    sowie  die IKK classic zugleich handelnd als Vertreterin der BIG direkt gesund, der IKK gesund plus, der IKK - Die Innovationskasse, der IKK Südwest,  die KNAPPSCHAFT und  der BKK-Landesverband NORDWEST, handelnd für die beigetretenen Betriebskrankenkassen gemäß der Anlage zu diesem Vertrag. |

**ERKLÄRUNG**

**Ich verpflichte mich / wir verpflichten uns hiermit, alle dem Vertrag betreffenden Änderungen unverzüglich und unaufgefordert der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen mitzuteilen. Ich versichere / wir versichern, dass die hier geleisteten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich/wir alle Voraussetzungen zum Abschluss dieses Vertrages erfüllen.**

**Die Richtigkeit der o. g. Angaben wird bestätigt**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum, Ort Unterschrift, Stempel**