

Antrag auf Haushaltshilfe

Seite 1

Die im Antrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung des laufenden bzw. entstehenden Verwaltungsverfahrens notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen (§ 35 SGB I, § 284 SGB V, § 67a SGB X und § 38 SGB V) erhoben

Personalien des Mitglieds											
Name, Vorname, Geburtsdatum	Versicherungsnummer	Tätigkeit/Beruf	Berufstätig an folgenden Tagen:							von – bis Uhr	
				Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa		So
Anschrift				Arbeitgeber:							
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____ <input type="checkbox"/> verwitwet											

Ehegatte/Lebenspartner Name und Anschrift Arbeitgeber: _____											
Name, Vorname	Geburtsdatum	Tätigkeit/Beruf	Berufstätig an folgenden Tagen:							von – bis Uhr	
				Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa		So

<input type="checkbox"/> Kinder / behinderte Kinder					<input type="checkbox"/> Keine Kinder im Haushalt lebend						
Name, Vorname,	Geburtsdatum	das Kind wird be- treut	an folgenden Tagen						von – bis Uhr		
				Mo	Di	Mi	Do	Fr		Sa	So
		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte, usw <input type="checkbox"/> sonstige Betreu- ung außer Haus									
		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte, usw <input type="checkbox"/> sonstige Betreu- ung außer Haus									

Das unter lfd. Nr. ___ aufgeführte Kind ist behindert. Eine ärztliche Bescheinigung über die Art der Behinderung ist beigelegt!

Weitere im Familienhaushalt des Versicherten lebende Personen											
Name, Vorname	Geburtsda- tum	Kann den Haushalt nicht weiterfüh- ren, weil	Berufstätig an folgenden Tagen:							von – bis Uhr	
				Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa		So

Eine Weiterführung des Haushalts ist mir nicht möglich, wegen

- stationärer Krankenhaus-, Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen
- Schwangerschaft oder Entbindung
- einer schweren Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation **)
- sonstigen Gründen: _____

**): ein etwaiger Anspruch besteht für maximal vier Wochen, sofern keine Kinder unter 12 Jahren im Haushalt leben

Name:

Vorname:

Ich beantrage

- Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushalts durch Verwandte
- angemessenen Kostenersatz für eine selbstbeschaffte fremde Haushaltshilfe
- Kostenersatz für Haushaltshilfe durch eine caritativen Organisation (z. B. Sozialstation)
- Ersatz für Verdienstaufschlag wegen unbezahltem Urlaub des Ehegatten/Lebenspartners

für die Zeit vom _____ bis _____ für _____ Stunden täglich.

Ich bestätige, dass keine im Haushalt lebende Person diesen weiterführen kann.

Der Haushalt wurde bisher von mir von meinem Ehegatten von sonstiger Person geführt

Als selbst beschaffte Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

Name, Vorname:	Berufstätig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anschrift :	
Mit dem Versicherten verwandt oder verschwägert? (siehe untenstehenden Hinweis!)			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

Für verwandte und verschwägte Personen bis zum 2. Grad (z. B.: Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Schwiegereltern) können grundsätzlich keine Kosten erstattet werden. Sofern erforderliche Fahrtkosten und ein Verdienstaufschlag entstehen, kann eine Erstattung in einem angemessenen Verhältnis erfolgen.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückerstattet werden müssen. Änderungen, welche sich während der Tätigkeit der Haushaltshilfe ergeben, werde ich unverzüglich mitteilen.

Aktuelle Bankverbindung: _____ (IBAN)

Soll diese Kontonummer für künftige Anträge/Erstattungen für Sie in Ihrem Stammdatensatz hinterlegt werden?

ja nein, bitte nur für diesen Antrag verwenden

Datum

Unterschrift Antragsteller/Antragstellerin

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung
Haushaltshilfe

Name:

Vorname:

1.) Eine medizinische Notwendigkeit aufgrund **einer schweren Krankheit** für eine Haushaltshilfe liegt vor

- nach einer stationären Krankenhausbehandlung (Entlassung: _____)
- nach einer ambulanten Operation (OP am _____ ICD 10 _____)
- wegen Schwangerschaftsbeschwerden (____ .SSW / VET: _____)
- im Anschluss an eine Entbindung (Entbindungstag: _____)
- wegen sonstiger Gründe _____

2.) Durch welche(n) **aktuelle(n) Diagnose/Befund(e)** ist eine medizinische Notwendigkeit gegeben? Bitte fügen Sie gegebenenfalls entsprechende Befundberichte bei.

3.) Für welchen **Zeitraum** besteht eine medizinische Notwendigkeit?

Von _____ bis _____

4.) In welchem **Umfang** besteht eine medizinische Notwendigkeit?

_____ Stunden / täglich

Datum

Stempel/Unterschrift Arzt