

Antrag auf Haushaltshilfe

Alle Angaben sind für die Prüfung von Leistungsansprüchen erforderlich
Die mit *) gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben

Leitangaben		Mitglied		Ehegatte/Lebenspartner			
Familienname, Vorname							
Krankenversicherungs-Nr./Geb.-Datum							
derzeitige Beschäftigung/tgl. von -- bis							
Arbeitgeber							
Krankenkasse							
Telefonnummer *)							
ledig ☐		verheiratet ☐		geschieden ☐			
				verwitwet ☐			
		seit*):		seit*):			
Ich beantrage Haushaltshilfe wegen ☐ einer stationären Krankenhausbehandlung (außer privater Krankenhausbehandlung) abName/Ort:..... ☐ akuter Erkrankung ab ☐ eines Kuraufenthaltes vombisOrt:..... ☐ der häuslichen Krankenpflege ab ☐ Schwangerschaft oder Entbindung ab ☐ Arbeits- oder Wegeunfall (Zuständigkeit der Berufsgenossenschaft) Bitte eine Bescheinigung des behandelnden Arztes beifügen.							
Angaben zu allen im Haushalt lebenden Personen							
Nr.	Name	Vorname	Geburtstag/Alter	Verwandtschafts- verhältnis	Tätigkeit/ Anschrift Kindereinrichtung	keine Haushaltsführung möglich, weil abwesend in der Zeit vom – bis, wegen	
1							
2							
3							
4							
5							
Bei behinderten Kindern, die das 12. Lebensjahr bereits vollendet haben, bitte eine ärztliche Bescheinigung über die Art der Behinderung und die erforderliche Hilfe beifügen.							
An folgenden Wochentagen habe ich (Antragsteller) regelmäßig zu arbeiten. (Bitte Wochentag ankreuzen und genaue Uhrzeit angeben.) Arbeitsort:							
☐ Montag von bis.....	☐ Dienstag von bis.....	☐ Mittwoch von bis.....	☐ Donnerstag von bis.....	☐ Freitag von bis.....	☐ Samstag von bis.....	☐ Sonntag von bis.....	
An folgenden Wochentagen hat mein Ehegatte/Lebensgefährte regelmäßig zu arbeiten.							
☐ Montag von bis.....	☐ Dienstag von bis.....	☐ Mittwoch von bis.....	☐ Donnerstag von bis.....	☐ Freitag von bis.....	☐ Samstag von bis.....	☐ Sonntag von bis.....	
Angaben über die Haushaltsführung vor dem Tage, der beantragten Haushaltshilfe:							
Der Haushalt wurde bisher geführt von							
☐ mir							
☐ meinem Ehegatten/Lebensgefährten							
☐ mir und meinem Ehegatten/Lebensgefährten							
☐ einer in meinem Haushalt lebenden Person (z. B. Mutter, ältere Tochter, Hausangestellte)							
☐ einer außerhalb des Haushaltes lebenden Person							
Meine Kinder wurden bisher betreut von							
(Bitte Name und Anschrift der Person, die zusätzlich betreut hat.)							
Nr.	☐ Montag von bis.....	☐ Dienstag von bis.....	☐ Mittwoch von bis.....	☐ Donnerstag von bis.....	☐ Freitag von bis.....	☐ Samstag von bis.....	☐ Sonntag von bis.....
Nr.	☐ Montag von bis.....	☐ Dienstag von bis.....	☐ Mittwoch von bis.....	☐ Donnerstag von bis.....	☐ Freitag von bis.....	☐ Samstag von bis.....	☐ Sonntag von bis.....
Nr.	☐ Montag von bis.....	☐ Dienstag von bis.....	☐ Mittwoch von bis.....	☐ Donnerstag von bis.....	☐ Freitag von bis.....	☐ Samstag von bis.....	☐ Sonntag von bis.....
Nr.	☐ Montag von bis.....	☐ Dienstag von bis.....	☐ Mittwoch von bis.....	☐ Donnerstag von bis.....	☐ Freitag von bis.....	☐ Samstag von bis.....	☐ Sonntag von bis.....
Bitte nur beantworten, wenn eine Ersatzkraft Ihren Haushalt weiterführt							
Name der Haushaltshilfe				Geburtstag			
Wohnung				krankenversichert bei			
eigener Haushalt							
☐ nein							
☐ ja, Anzahl der Personen							

☐ z. Z. ausgeübte Tätigkeit/geringfügige Beschäftigung (Wochentage/von – bis): ☐ Bezieher von Leistungen vom Arbeitsamt (u. a. Arbeitslosengeld, -hilfe) ☐ Haben Sie in den letzten 12 Monaten Haushaltshilfe in fremden Haushalten erbracht? ☐ ja ☐ nein						
Die Haushaltshilfe ist mit mir verwandt oder verschwägert ☐ ja ☐ nein (nicht verwandt und nicht verschwägert) Verwandtschafts- oder Schwägerschaftsgrad: _____ (z. B. Schwester, Schwägerin)						
An welchen Tagen und für welche Zeit wird die Ersatzkraft zur Haushaltsführung täglich benötigt?						
☐ Montag von bis.....	☐ Dienstag von bis.....	☐ Mittwoch von bis.....	☐ Donnerstag von bis.....	☐ Freitag von bis.....	☐ Samstag von bis.....	☐ Sonntag von bis.....
Bitte beachten Sie: Für die Wochentage, an denen eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt führen kann, z. B. der Ehegatte an arbeitsfreien Tagen, am Samstag und Sonntag oder während eines bezahlten Erholungsurlaubs können wir eine Haushaltshilfe nicht zur Verfügung stellen.						
vereinbarte Vergütung je Stunde: EUR						
Fahrtkosten je Fahrt: EUR						
Bitte nur beantworten wenn das Kind/die Kinder auswärtig untergebracht wird/werden.						
Das Kind/die Kinder wird/werden außerhalb meines Haushaltes untergebracht bei Frau/Herrn _____ Anschrift: _____						
Lebt in diesem Haushalt eine mit dem Kind verwandte/verschwägerte Person z. B. Kindsvater? ☐ ja, welche? _____ ☐ nein						
Das Kind/die Kinder wird/werden im Heim oder in Kindertagesstätten untergebracht?***) ☐ ja, in welcher Einrichtung? _____ ☐ nein *** Abrechnungsbelege sind beizufügen.						
Bitte nur beantworten, wenn keine Ersatzkraft Ihren Haushalt weiterführt.						
☐ Mein Ehegatte/Lebensgefährte ☐ Eine andere in meinem Haushalt lebende Person hat unbezahlten Urlaub genommen, um den Haushalt weiterzuführen.						
Angaben zum bargeldlosen Zahlungsverkehr Ich bitte um Überweisung auf ☐ mein eigenes Konto ☐ auf anderes Konto ☐ gilt für diesen Antrag ☐ gilt für diesen Antrag und die Zukunft						
Name des Geldinstitutes				BIC		
Name des Kontoinhabers – wenn abweichend vom Zahlungsempfänger PLZ, Ort und Straße angeben				IBAN		

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr.4 SGB V zum Zwecke der Prüfung des Anspruchs der nach § 38 SGB V beantragten Leistung erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I oder § 99 SGB X bei Auskunftspflichten von Angehörigen oder Unterhaltspflichtigen erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen - z. B. bei der Gewährung von Leistungsansprüchen - führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/san/datenschutzrechte.

Datum

Unterschrift des Versicherten

Telefonnummer*)