

Absender:

AOK – Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen
Servicezentrum

Antrag auf Haushaltshilfe

Guten Tag,

den "Antrag auf Haushaltshilfe" habe ich unterschrieben beigefügt.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Anlage

Name, Vorname; Krankenversichertennummer: _____

Antrag auf Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)

Die Weiterführung des Haushaltes ist mir zurzeit nicht möglich. Ich beantrage Haushaltshilfe wegen:

- einer stationären Krankenhausbehandlung vom _____ bis _____
Kostenträger: _____
- einer Reha-Maßnahme/Kur vom _____ bis _____
Kostenträger: _____
- einer akuten Erkrankung vom _____ bis _____ *)
- einer schweren Krankheit oder akuten Verschlimmerung einer Krankheit (insbesondere nach einer stationären oder ambulanten Krankenhausbehandlung, ambulanten Operation) vom _____ bis _____ *)
- einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Begleitung eines Versicherten. *)

*) Bitte reichen Sie zusätzlich die ärztliche Bescheinigung ein.

Angaben zum Haushalt

In meinem Haushalt leben folgende Kinder:

(bitte auch nicht AOK-versicherte Kinder auflisten und ggf. angeben, ob ein behindertes Kind in Ihrem Haushalt lebt)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Kindergarten, Schule o.ä.	täglich von- bis Uhr
			-
			-
			-
			-
			-
			-

In meinem Haushalt leben außer mir noch folgende Personen:

(bitte auch nicht AOK-versicherte Angehörige auflisten)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Führt den Haushalt nicht weiter, weil...

Angabe über die Haushaltsführung vor dem Tag, von dem an Haushaltshilfe beantragt wird

Ich bin infolge meiner Beschäftigung nicht zu Hause:

Montag bis Freitag von _____ bis _____ Uhr
 Samstag von _____ bis _____ Uhr
 Sonntag von _____ bis _____ Uhr

Mein Ehe-/Lebenspartner¹/Lebensgefährte ist infolge seiner Beschäftigung nicht zu Hause:

Montag bis Freitag von _____ bis _____ Uhr
 Samstag von _____ bis _____ Uhr
 Sonntag von _____ bis _____ Uhr

Der Haushalt wurde bisher geführt von: mir
 meinem Ehegatten/Lebensgefährten¹
 einer anderen im Haushalt lebenden Person

Die Kinder wurden bisher betreut durch: _____
 Name der Person oder Einrichtung (Kindergarten)

¹ gilt für gleichgeschlechtliche Paare nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz

Name, Vorname; Krankenversicherungsnummer: _____

Angaben zur gewünschten Haushaltshilfe

Ich wünsche

- den Einsatz einer von mir beschafften Haushaltshilfe. Sie ist nicht bis zum 2. Grad mit mir verwandt² oder verschwägert³. Als Haushaltshilfe soll tätig werden (Name, Vorname, Anschrift):

Die Haushaltshilfe soll meinen Haushalt weiterführen.

Die Haushaltshilfe soll mein Kind/meine Kinder in ihrem Haushalt betreuen.

- den Einsatz einer von mir beschafften Haushaltshilfe; sie ist bis zum 2. Grad mit mir verwandt² bzw. verschwägert³.

Es handelt sich um _____

Der Haushaltshilfe entsteht Verdienstaussfall⁴ entstehen Fahrkosten
Die Nachweise füge ich bei bzw. reiche ich nach.

- für meinen Ehe-/Lebenspartner¹/Lebensgefährten den Ersatz für den Verdienstaussfall⁴ wegen unbezahlten Urlaubs. Bitte beachten Sie, dass bei unbezahltem Urlaub nach Ablauf eines Monats die gesetzliche Krankenversicherung beendet werden muss.

Name und Anschrift des Arbeitgebers des Ehe-/Lebenspartners/Lebensgefährten:

- Hilfe durch die AOK, bei der Vermittlung einer Haushaltshilfe

Erklärung:

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Über Änderungen in den vorstehenden Verhältnissen während des laufenden Versicherungsfalles werde ich die AOK unverzüglich und unaufgefordert unterrichten.

Bankverbindung zum bargeldlosen Zahlungsverkehr

(Mir ist bekannt, dass ich grundsätzlich zunächst die Kosten verauslagern muss und kein Anspruch darauf besteht, dass die entstandenen Kosten tatsächlich an die Haushaltshilfe ausgezahlt werden.)

IBAN

BIC

Name des Geldinstitutes

Name des Kontoinhabers

Ich bin auch damit einverstanden, dass die Geldleistung direkt an die Haushaltshilfe ausgezahlt wird.

Ort, Datum

✕

Unterschrift

Telefonnummer

Die Erhebung der Daten beruht auf § 60 SGB I und den § 38 SGB V und 284 SGB V. Die Daten werden selbstverständlich geschützt.

¹ gilt für gleichgeschlechtliche Paare nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz

² Verwandte: Eltern, Großeltern, Kinder, Enkelkinder, Geschwister

³ Verschwägte: Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegersohn, Schwiegertochter, Großeltern des Ehegatten/Lebenspartners, Schwager, Schwägerin, Ehegatten/Lebenspartner der Enkelkinder, Stiefgroßeltern

⁴ Erstattung Verdienstaussfall maximal bis zur Höhe des Höchstkrankengeldes möglich

Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit
einer Haushaltshilfe

für _____
Name, Vorname, Geb.-Datum, Versichertennummer

Die Haushaltshilfe ist erforderlich wegen

<input type="checkbox"/> akuter Erkrankung
<input type="checkbox"/> oder Schwangerschaftsbeschwerden/Entbindung
<input type="checkbox"/> oder akuter Verschlimmerung einer Erkrankung <input type="checkbox"/> oder schwerer Krankheit
<input type="checkbox"/> nach Krankenhausaufenthalt vom _____ bis _____
<input type="checkbox"/> nach ambulanter Krankenhausbehandlung vom _____ bis _____
<input type="checkbox"/> nach einer ambulanten Operation vom _____ bis _____

Grund (festgestellte Diagnosen und Befunde):

Der obengenannte Versicherte ist zur Weiterführung des Haushaltes

<input type="checkbox"/> nicht mehr	<input type="checkbox"/> nur eingeschränkt	in der Lage
-------------------------------------	--	-------------

Folgende Tätigkeiten können bzw. dürfen nicht ausgeübt werden

<input type="checkbox"/> Kochen, Essen zubereiten	<input type="checkbox"/> Einkaufen	<input type="checkbox"/> Wäsche waschen
<input type="checkbox"/> Reinigung der Wohnung	<input type="checkbox"/> Bügeln	<input type="checkbox"/> Heben und Tragen ab _____ kg
<input type="checkbox"/> Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder		

Die Haushaltshilfe wird benötigt

vom _____ bis _____

für jeweils _____ Stunden pro Tag, für _____ Tage pro Woche.

Ergänzende Hinweise: (z.B. Fieber, Bettlägerigkeit):

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift
der Ärztin/des Arztes