

# Antrag auf Haushaltshilfe

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

<b>Versicherte/r</b>			
Name	Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer
Anschrift:		Telefon:	
<b>Haushaltshilfe wird beantragt vom _____ bis _____</b>			
<b>Warum benötigen Sie Haushaltshilfe?</b> <small>*) bitte ärztliche Bescheinigung über Notwendigkeit und Dauer der Haushaltshilfe beifügen</small>			
Krankenhausaufenthalt der/des Versicherten stationäre Entbindung der Versicherten Kuraufenthalt der/des Versicherten		häuslicher Aufenthalt, Weiterführung des Haushalts nicht möglich wegen: häuslicher Krankenpflege Schwangerschaft *) Krankheit *) Entbindung *)	
Ort: _____ Kostenträger: _____		als Begleitperson bei stationärer Aufnahme Geburtsvorbereitungs-/Rückbildungskurs	
Leistungsgrund:    Arbeitsunfall    Berufskrankheit		Versorgungsleiden    Drittverschulden/Unfall	
<b>Wer hat den Haushalt bisher überwiegend geführt?</b>			
ich selbst		die Ehegattin/der Ehegatte	
		andere Personen:	
<b>Weitere im Haushalt lebende Personen</b>			
nein		ja (wenn ja, bitte ausfüllen)	
Name, Vorname	Geburtsdatum	kann den Haushalt nicht weiterführen, weil	berufstätig an folgenden Tagen
			Mo Di Mi Do Fr Sa So von - bis
<b>Leben Kinder/behinderte Kinder* in Ihrem Haushalt?</b> <small>*) bitte Nachweis beifügen</small>			
nein		ja (wenn ja, bitte ausfüllen)	
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum	in Kindergarten/Kindertagesstätte	in der Schule
			sonstige Betreuung außer Haus
			an folgenden Tagen
			Mo Di Mi Do Fr Sa So
			Uhrzeit von - bis
<b>Wo werden diese Kinder während der Zeit der beantragten Haushaltshilfe betreut ?</b>			
in meinem Haushalt		außerhalb meines Haushalts	
		erweiterte Betreuung in der Kindereinrichtung	
<b>Wer führt den Haushalt weiter? Wer übernimmt die Kinderbetreuung?</b>			
<b><u>Privatperson</u></b>			
Name, Vorname:		Geburtsdatum	Tätigkeit
Anschrift			
Die Privatperson ist mit der/dem Versicherten verheiratet    verwandt/verschwägert – (Stief-)Großeltern/Eltern/Kinder/Enkel, Geschwister, Schwiegereltern/-sohn/-tochter/-enkel, Schwager/Schwägerin			
Sonstiges: _____			
<b>Welche Kosten entstehen Ihnen dadurch?</b>			
Bezeichnung der Kosten (z. B: Verdienstaussfall) _____		Höhe der Kosten: _____ EUR	
<b><u>soziale Einrichtung</u></b>			
Bezeichnung und Anschrift _____			IK-Nummer _____
<b>Die Haushaltshilfe wird voraussichtlich an _____ Stunden pro Tag/ _____ Stunden pro Woche für folgende Aufgaben benötigt:</b>			
Einkaufen		Nahrungszubereitung	
Kinderbetreuung		Sauberhalten der Wohnung (auch Heizen)	
		Sauberhalten der Kleidung	
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 der AOK PLUS unverzüglich mitteilen. Damit wir unsere Aufgaben Entscheidung auf Gewährung von Haushaltshilfe rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 99 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) i. V. m. § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 38 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zu erheben. Fehlende Mitwirkung kann zum Nachteil bei der Entscheidung der Gewährung auf Haushaltshilfe sein.			
Datum _____		Unterschrift _____	