

# 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>Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vor?</b> ja    nein    wurde beantragt			
<b>Warum benötigen Sie Haushaltshilfe?</b> *) bitte ärztliche Bescheinigung über Notwendigkeit und Dauer der Haushaltshilfe beifügen			
Krankenhausaufenthalt der/des Versicherten stationäre Entbindung der Versicherten		häuslicher Aufenthalt, Weiterführung des Haushalts nicht möglich wegen:	
Kuraufenthalt der/des Versicherten		häuslicher Krankenpflege	Krankheit *)
Ort:		Schwangerschaft *)    Entbindung *)	
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> *) bitte Nachweis beifügen			
nein    ja (wenn ja, bitte ausfüllen)			
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Die Kinder sind bisher untergebracht bzw. betreut worden	
		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>			
<u>Privatperson</u>			
Name, Vorname:		Geburtsdatum	Tätigkeit
Anschrift			
Die Privatperson ist mit der/m 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>soziale Einrichtung</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	Sauberhalten der Wohnung (auch Heizen)	
Kinderbetreuung		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	