

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 (§ 24h SGB V)

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

- Schwangerschaftsbeschwerden. Eine ärztliche Bescheinigung füge ich bei.
- stationärer Entbindung
- ambulanter Entbindung
- vorzeitiger Entlassung aus stationärer Entbindung
- Hausentbindung

Angaben zum Haushalt

In meinem Haushalt leben noch folgende Personen:

Name	Geburtsdatum	kann den Haushalt nicht weiterführen, 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/Lebensgefährten
- einer anderen im Haushalt lebenden Person

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

¹ gilt auch für gleichgeschlechtliche Paare nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz

Name, Vorname; Krankenversichertennummer: _____

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 Verdienstaufschlag⁴ entstehen Fahrkosten
Die Nachweise füge ich bei bzw. reiche ich nach.

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

- 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.)

Name des Geldinstitutes

IBAN

Name des Kontoinhabers

BIC

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

Ort, Datum

Unterschrift

Telefonnummer

Die Erhebung der Daten beruht auf § 24h SGB V i.V.m. § 38 SGB V, §§ 60 SGB I und 284 SGB V. Die Daten werden selbstverständlich geschützt.

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 Verdienstaufschlag maximal bis Höchstkrankengeld 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