

Antrag auf Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)

Name, Vorname der/des Versicherten (Haushaltsführende Person)

KV-Nummer

Anschrift

Telefon

Die Weiterführung meines Haushaltes ist mir zurzeit nicht möglich.

Ich beantrage eine Haushaltshilfe wegen

- meiner stationären Behandlung, Aufenthalt vom _____ bis _____, im Krankenhaus/in der Kurklinik _____, Kostenträger _____.
- meiner Krankheit. (Bitte fügen Sie ein ärztliches Attest bei.)
- meiner ambulanten Operation am _____. (Bitte fügen Sie ein ärztliches Attest bei.) meiner
- Schwangerschaftsbeschwerden. (Bitte fügen Sie ein ärztliches Attest bei.)
- meiner voraussichtlichen Entbindung am _____. (Bitte fügen Sie ein ärztliches Attest bei.)
- meiner Chemo-/Strahlentherapie in der Zeit vom _____ bis _____. (Bitte fügen Sie einen Therapieplan bei.)
- meiner aus medizinischen Gründen notwendigen Begleitung eines versicherten Angehörigen. (Bitte fügen Sie eine Notwendigkeitsbescheinigung vom Krankenhaus bei.)

Es handelt sich um die Folgen

- eines Arbeitsunfalls. einer Berufskrankheit. eines Versorgungsleidens.
- einer Schädigung durch einen Dritten. einer sonstigen Erkrankung.

Ein Pflegegrad in der Pflegeversicherung

wurde mir genehmigt: 1 2 3 4 5

habe ich beantragt am _____.

Ich habe folgenden Familienstand:

- Ledig Verheiratet Eingetragene Lebenspartnerschaft
- Getrennt lebend Geschieden Verwitwet

Ich bin berufstätig an folgenden Tagen:

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag Sonntag

in der Zeit von _____ bis _____ Uhr.

Ich bin **nicht** berufstätig.

In meinem Haushalt leben folgende Kinder (bitte fügen Sie bei einer Behinderung einen Nachweis bei) und sind zu den angegebenen Zeiten bei der Tagesmutter, im Kindergarten, in der Schule, an der Arbeit etc.:

Name, Vorname, Geburtsdatum	Montag Von-bis	Dienstag Von-bis	Mittwoch Von-bis	Donnerstag Von-bis	Freitag Von-bis	Samstag Von-bis	Sonntag Von-bis
Kind							
Kind							
Kind							
Kind							

Die Betreuung meines Kindes/meiner Kinder ist während der Haushaltshilfeleistung

in meinem Haushalt.

außerhalb meines Haushalts bei _____,
Name der Betreuung

Anschrift und Telefon der Betreuung

Ich habe einen Antrag auf Kostenübernahme beim Jugendamt gestellt: Ja Nein

In meinem Haushalt leben weitere Personen und sind zu den angegebenen Zeiten an der Arbeit, in der Schule etc.:

Name, Vorname, Geburtsdatum	Montag Von-bis	Dienstag Von-bis	Mittwoch Von-bis	Donnerstag Von-bis	Freitag Von-bis	Samstag Von-bis	Sonntag Von-bis

Ich benötige die Haushaltshilfe für den Zeitraum vom _____ bis _____.

Ich benötige Hilfe an folgenden Tagen zu folgenden Zeiten:

Montag Uhrzeit von – bis _____

Dienstag Uhrzeit von – bis _____

Mittwoch Uhrzeit von – bis _____

Donnerstag Uhrzeit von – bis _____

Freitag Uhrzeit von – bis _____

Samstag Uhrzeit von – bis _____

Sonntag Uhrzeit von – bis _____

Die Haushaltshilfe wird benötigt für folgende hauswirtschaftliche Tätigkeiten:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einkäufe, Besorgungen (z.B. Arzneimittel) | <input type="checkbox"/> Zubereitung der Mahlzeiten, Spülen des Geschirrs |
| <input type="checkbox"/> Pflege der Wäsche | <input type="checkbox"/> Reinigung der Wohnung |
| <input type="checkbox"/> Betreuung und Beaufsichtigung von Kleinkindern | <input type="checkbox"/> Betreuung und Beaufsichtigung von Kindern im Kindergarten-/Schulalter |

Mein Haushalt wurde bisher geführt von:

- mir selbst
- meiner Ehefrau/meinem Ehemann/meiner Lebenspartnerin/meinem Lebenspartner
- anderen Personen:

Name, Anschrift, Telefon

Mein Haushalt wird während der Haushaltshilfe folgendermaßen weitergeführt:

- Ich nehme mir eine Ersatzkraft:

Name, Vorname

Verwandtschafts-/Schwägerschaftsverhältnis

Anschrift

Postleitzahl

Wohnort

Berufstätigkeit bei

Telefon*

Ist die Haushaltshilfe mit Ihnen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert, können nur die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstausfall erstattet werden, vorausgesetzt, dass diese in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten stehen. Nach den gesetzlichen Bestimmungen sind **Verwandte** bis zum zweiten Grad Eltern, Großeltern, Kinder (einschließlich der für ehelich erklärten und der angenommenen Kinder), Enkelkinder, Geschwister sowie **Verschwägte** bis zum zweiten Grad Stiefeltern/-großeltern, Kinder des Ehegatten/Lebenspartners, Stiefenkelkinder, (Enkelkinder des Ehegatten/Lebenspartners), Eltern des Ehegatten/Lebenspartners, Schwiegerkinder (Schwiegersohn/-tochter), Schwiegerenkel (Ehegatten/Lebenspartner der Enkelkinder), Schwager/Schwägerin.

- Meine Ehefrau/Mein Ehemann/ Meine Lebenspartnerin/Mein Lebenspartner nimmt unbezahlten Urlaub vom _____ bis _____.**

- Ich nehme mir folgenden caritativen Verband/Pflegedienst/privaten Anbieter:**

Name

Anschrift, Telefon*

Ich bitte um Erstattung auf folgendes Konto:

Bankverbindung

IBAN	Kreditinstitut
BIC	Kontoinhaber

Erklärung:

Meine Angaben sind vollständig und wahrheitsgemäß. Änderungen, die sich während der Tätigkeit der Haushaltshilfe ergeben, teile ich der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen unverzüglich mit.

Datum, Unterschrift der/des Versicherten

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zur Prüfung des Anspruchs auf Haushaltshilfe nach § 38 SGB V, § 24h SGB V oder § 54 SGB IX erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I in Verbindung mit § 99 SGB X erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen hinsichtlich der Leistungsansprüche führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/hessen/datenschutzrechte. Die mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.