

Antrag auf Haushaltshilfe

Bitte vollständig ausfüllen!

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

Vorname	Name	Versichertennummer
---------	------	--------------------

An der Weiterführung des Haushalts ist verhindert:

Vorname Name	Geburtsdatum	Familienstand
PLZ	Wohnort	Straße/Hausnummer
		Telefonnummer (freiwillige Angabe)

wegen:

- Krankenhausbehandlung
- Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme
- akuter schwerer Krankheit (Bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)
- akuter Verschlimmerung einer Krankheit (Bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)
- Schwangerschaft (Bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)
- Entbindung

Ursache der Erkrankung:

- Arbeits-/Wegeunfall
- Sonstiger Unfall:

Zeitraum der Verhinderung: vom bis

Im Haushalt lebt mindestens **ein** Kind, das

- das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat
- behindert und auf Hilfe angewiesen ist

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname Name des Kindes	Geburtsdatum

Werden für dieses Kind Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen?

- ja
- nein
- nein, im Haushalt leben keine Kinder

Die Haushaltsführung/Betreuung des/der Kindes(r) erfolgte bisher:

- durch Erkrankte(n) alleine
- durch Ehegatten/Lebenspartner* alleine (*Unzutreffendes bitte streichen)
- durch Erkrankte(n) und Ehegatten/Lebenspartner* gemeinsam (*Unzutreffendes bitte streichen)
- durch andere Person: (Bitte angeben)

- Kindergarten/-hort von bis Uhr
- Schulbesuch von bis Uhr
- Sonstige Einrichtung: von bis Uhr

Bitte auch die Fragen der nächsten Seite beantworten >

Antrag auf Haushaltshilfe

Bitte vollständig ausfüllen!

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

Seite 2

Vorname	Name	Versichertennummer
---------	------	--------------------

Haushaltshilfe/Kinderbetreuung ist wie folgt erforderlich:

Wochentag: Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag Sonntag

Stunden/tgl.:

--	--	--	--	--	--	--

Im Haushalt leben folgende Personen:

Vorname Name

Geburtsdatum

*Weiterführung des Haushaltes möglich?

ja nein, weil

ja nein, weil

ja nein, weil

ja nein, weil

ja nein, weil

* falls die Weiterführung des Haushaltes durch Schichtdienst oder Arbeitssuche (Vorstellungsgespräche etc.) nicht möglich ist, bitte entsprechende Nachweise beifügen. In den übrigen Fällen ist Ihre schriftliche Begründung auf diesem Antrag ausreichend. Vielen Dank.

Die Haushaltsführung/Kinderbetreuung erfolgt für die Dauer der Erkrankung durch:

Vorname Name

PLZ

Wohnort

Straße, Hausnummer

Ist diese Person mit der/dem Erkrankten verwandt oder verschwägert?

nein ja

Verwandschafts-/Schwägerschaftsverhältnis

Verdienstausschlag der o. g. Person:

bezahlter Urlaub vom _____ bis _____

bezahlte Freistellung (z. B. Sonderurlaub) vom _____ bis _____

unbezahlter Urlaub vom _____ bis _____

Erstattung der Kosten für o. g. Person (Bitte Bestätigung einreichen):

in Höhe von _____ EUR je Stunde/je Tag* (*Unzutreffendes bitte streichen!)

Auswärtige Unterbringung des/der Kindes(r) (Bitte Bestätigung einreichen!):

ja nein

Wenn ja, es entstehen Kosten in Höhe von _____ EUR je Tag/Monat* (*Unzutreffendes bitte streichen!)

Ich bitte um Erstattung auf mein Konto:

Name des Geldinstitutes: _____

IBAN: _____

BIC _____

Kontoinhaber:
(Name, Anschrift) _____

Antrag auf Haushaltshilfe

Bitte vollständig ausfüllen!

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

Seite 3

Vorname	Name	Versichertennummer
---------	------	--------------------

Ich versichere, sämtliche Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift

Versicherte haben ab Vollendung des 18. Lebensjahres für jeden Kalendertag der Erstattung eine Zuzahlung von 10 % (mindestens 5 EUR, höchstens 10 EUR) zu leisten. Dies gilt nicht, wenn die Haushaltshilfe aufgrund einer Schwangerschaft oder Entbindung notwendig ist oder Sie bereits Ihre persönliche Belastungsgrenze nach § 62 SGB V erreicht haben und somit von den Zuzahlungen befreit sind.

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V in Verbindung mit § 38 SGB V erhoben und gespeichert. Ihre Mitwirkung ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

Vorname	Name	Versichertennummer
---------	------	--------------------

Haushaltshilfe ist erforderlich

vom bis

wegen folgender Erkrankung(en):

Diagnose(n)

Es handelt sich hierbei um*

- eine akute Erkrankung
 eine chronische Erkrankung
 einen akuten Schub einer chronischen Erkrankung

(* Bitte Zutreffendes ankreuzen.)

Aufgrund dieser Erkrankung(en) ist die Haushaltsführung zurzeit*

- gar nicht nur eingeschränkt möglich.

(* Bitte Zutreffendes ankreuzen.)

Haushaltshilfe ist daher für Stunden/täglich erforderlich.

Ausführliche medizinische Begründung zur Einschränkung der Haushaltsführung:

Es liegen Funktionseinschränkungen in folgenden Bereichen vor:

- Zubereiten der Mahlzeiten
- Reinigen der Wohnung
- Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder
- Einkaufen
- Sonstiges (z. B. Wäsche)

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes

**Angaben unseres Mitglieds bezüglich der Vergütung
der Haushaltshilfe-Ersatzkraft**

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

Vorname	Name	Versichertennummer
---------	------	--------------------

Für die geleistete Haushaltshilfe vom bis

habe ich an Frau/Herrn
Vorname Name

wohnhaft
PLZ Ort Straße, Hausnummer

einen Betrag in Höhe von insgesamt: EUR gezahlt.

Die Haushaltshilfe wird weiterhin benötigt. Bitte senden Sie mir einen weiteren Antrag zu.

Datum

Unterschrift des Versicherten

Bescheinigung des Arbeitgebers
über Verdienstausschlag für

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

Vorname	Name	Geburtsdatum

war/hatte/hat in der Zeit vom bis

1. arbeitsunfähig vom bis

2. bezahlten Urlaub vom bis

3. Sonderurlaub vom bis

4. unbezahlten Urlaub* vom bis

*bestand ggf. für gesetzliche Feiertage Anspruch auf Entgeltzahlung? ja nein

5. Wurde für arbeitsfreie Samstage/Sonntage im Zeitraum unter Punkt 4 Entgelt gezahlt? ja nein

6. täglich gearbeitet von bis Uhr

7. Wechselschicht von bis Uhr

von bis Uhr

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
8. regulär arbeitsfreie Tage (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Falls Verdienstausschlag wegen unbezahltem Urlaub (Punkt 4) entstanden ist, bitten wir zusätzlich um folgende Angaben:

Das ausgefallene arbeitstägliche werktägliche kalendertägliche

Nettoarbeitsentgelt betrug gleichbleibend EUR.

10. Bei schwankendem Arbeitsentgelt bitten wir um Angabe des tatsächlich ausgefallenen arbeitstäglichen werktäglichen kalendertäglichen **Nettoarbeitsentgeltes**.

Datum	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nettoarbeitsentgelt	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Datum	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nettoarbeitsentgelt	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arbeitgebers

Informationen für die AOK Rheinland/Hamburg

Versichertennummer des Stammversicherten

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V in Verbindung mit § 38 SGB V erhoben und gespeichert. Ihre Mitwirkung ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.