

## Antrag auf Haushaltshilfe

	Haushaltsführende Person	Ehegatte/LebenspartnerIn
Vorname, Name		
Anschrift		
Geburtsdatum		
KV-Nummer		
Telefonnummer		
Krankenkasse		
Bankverbindung	Geldinstitut: Kontoinhaber: IBAN:	
Arbeitgeber	regelm. Arbeitszeit:  Schichtarbeit:	regelm. Arbeitszeit:  Schichtarbeit:

### Die haushaltsführende Person hat den Haushalt bisher

alleine                       teilweise                       überwiegend  
 geführt und beantragt Haushaltshilfe, weil vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 eine **Weiterführung des Haushalts** auf Grund

stationärer Behandlung     akuter/schwerer Erkrankung     Schwangerschaft/Entbindung  
 weder durch sie selbst noch durch eine andere im selben Haushalt lebende Person möglich ist.

### Ursache der Erkrankung ist

Arbeitsunfall/Berufskrankheit     Unfallfolge                       nein                       ja, Pflegegrad \_

### Liegt ein Pflegegrad vor?

### In meinem Haushalt wohnen folgende Personen:

Name	Geb.-Datum	Betreuung außerhalb des Haushalts*	Tage pro Woche

\* z. B. Schule/Kindergarten, falls privat Name/Anschrift angeben

KV-Nr.:

# Antrag auf Haushaltshilfe

Die Weiterführung des Haushalts und ggf. Kinderbetreuung erfolgt durch

verwandt/verschwägert

Name, Anschrift

Eine Haushaltshilfe wird benötigt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

	von	bis	Benötigte Hilfeleistungen z. B. Kinderbetreuung, hauswirtschaftliche Verrichtungen usw.
Mo.			
Di.			
Mi.			
Do.			
Fr.			
Sa.			
So.			

Für die selbstbeschaffte Ersatzkraft entstehen vereinbarte Kosten in Höhe von

\_\_\_\_\_ EUR pro Stunde     \_\_\_\_\_ EUR pro Tag     \_\_\_\_\_ EUR pro Woche

### Erklärung des Versicherten:

Von den Hinweisen zu den Möglichkeiten der Haushaltshilfe habe ich Kenntnis genommen. Ich bin mit den vereinbarten Erstattungssätzen (abzüglich entsprechender Zuzahlungen) einverstanden. Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Mir ist bekannt, dass zur Feststellung, ob die medizinischen Voraussetzungen für eine Haushaltshilfe erfüllt sind, möglicherweise eine Untersuchung durch einen Arzt des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse notwendig ist. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass von Ärzten und Krankenhäusern Auskünfte über den Gesundheitszustand (z. B. Befundberichte) eingeholt werden. Diese Stellen entbinde ich hiermit von der Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

**Datenschutzhinweis:** Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Beurteilung Ihres Antrags auf Leistungen zur Haushaltshilfe nach § 38 SGB V verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen. Möglicher Empfänger Ihrer Daten ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/bayern/datenschutzrechte](http://www.aok.de/bayern/datenschutzrechte) oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig. Sie dient der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben.

### Wird von der AOK ausgefüllt:

	• Regelleistung § 38 Abs. 1 SGB V <b>GPOS</b>	• KHSG § 38 Abs. 1 SGB V <b>GPOS</b>	• Mehr-/ Satzungsleistung <b>GPOS</b>	• Regelleistung § 24h SGB V <b>GPOS</b>	• SGB IX-Leistung § 74 SGB IX <b>GPOS</b>
• Verdienstaussfall	<input type="checkbox"/> 1911	<input type="checkbox"/> 191120	<input type="checkbox"/> 1912	<input type="checkbox"/> 1913	<input type="checkbox"/> 1914
-Wegekosten	<input type="checkbox"/> 191110	<input type="checkbox"/> 191130	<input type="checkbox"/> 190810	<input type="checkbox"/> 190910	<input type="checkbox"/> 191110
• Haushaltshilfe über Organisation	<input type="checkbox"/> 1907	<input type="checkbox"/> 190720	<input type="checkbox"/> 1908	<input type="checkbox"/> 1909	<input type="checkbox"/> 1910
-Wegekosten	<input type="checkbox"/> 190710	<input type="checkbox"/> 190730	<input type="checkbox"/> 190810	<input type="checkbox"/> 190910	<input type="checkbox"/> 190710
• Selbstbeschaffte Ersatzkraft	<input type="checkbox"/> 1911	<input type="checkbox"/> 191120	<input type="checkbox"/> 1912	<input type="checkbox"/> 1913	<input type="checkbox"/> 1914
-Wegekosten	<input type="checkbox"/> 191110	<input type="checkbox"/> 191130	<input type="checkbox"/> 190810	<input type="checkbox"/> 190910	<input type="checkbox"/> 191110

Haushaltshilfe vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Betrag \_\_\_\_\_ EUR    oicare erfasst/Hdz. \_\_\_\_\_