

**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:**

- Einkäufe, Besorgungen (z.B. Arzneimittel)
- Zubereitung der Mahlzeiten, Spülen des Geschirrs
- Pflege der Wäsche
- Reinigung der Wohnung
- Betreuung und Beaufsichtigung von Kleinkindern
- 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 Verwandschafts-/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 Verdienstausschlag 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](http://aok.de/hessen/datenschutzrechte). Die mit \* gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.