

Antrag auf Haushaltshilfe

	Haushaltsführende (antragstellende) Person	Ehegatte
Name	_____	_____
Vorname	_____	_____
KV-Nummer/Geburtsdatum	_____	_____
Telefon-Nr.*	_____	_____
Tägliche regelmäßige Arbeitszeit	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr
an folgenden Wochentagen	<input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> So	<input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> So
Wechselschicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Frühschicht	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr
Spätschicht	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr
Nachtschicht	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr

*Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig. Sie dient der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihrem Antrag.

Der Haushalt kann von mir in dem Zeitraum vom _____ bis _____ nicht weitergeführt werden. Grund:

Krankenhausbehandlung
 Stationärer Aufenthalt zur Entbindung
 Kuraufenthalt/Rehabilitationsmaßnahme
 Schwere Krankheit
 Akute Verschlimmerung einer Krankheit
 Sonstiges _____

In meinem Haushalt leben folgende weitere Personen:

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	
Nachname	_____	_____	_____	_____	
Vorname	_____	_____	_____	_____	
Geburtsdatum	_____	_____	_____	_____	
Beschäftigung	von _____ Uhr bis _____ Uhr	von _____ Uhr bis _____ Uhr	von _____ Uhr bis _____ Uhr	von _____ Uhr bis _____ Uhr	an _____ Tagen
Schule	von _____ Uhr bis _____ Uhr	von _____ Uhr bis _____ Uhr	von _____ Uhr bis _____ Uhr	von _____ Uhr bis _____ Uhr	an _____ Tagen
Kindergarten etc.	von _____ Uhr bis _____ Uhr	von _____ Uhr bis _____ Uhr	von _____ Uhr bis _____ Uhr	von _____ Uhr bis _____ Uhr	an _____ Tagen

Antrag auf Haushaltshilfe

Versichertennummer: _____

Die Kinder werden bisher außerhalb des Haushalts versorgt und betreut (z. B. durch Tagesmutter)

Nein

Ja, an folgenden Wochentagen:

Mo Di Mi Do

Fr Sa So von _____ bis _____ Uhr

Der Haushalt wurde bisher geführt durch

mich meinen Ehegatten gemeinsam

andere Person

Haben Sie bei einem anderen Träger (z. B. Jugendamt, Sozialamt) einen Antrag auf Kostenübernahme für die Betreuung Ihrer Kinder außerhalb des Haushalts gestellt?

Nein

Ja, am _____ bei: Name des Trägers: _____

Anschrift: _____

Haben Sie einen Pflegeantrag gestellt?

nein

ja, am _____

In der Zeit vom _____ bis _____

habe/beziehe ich

hat/bezieht mein Ehegatte

bezahlten Urlaub,

bezahlten Urlaub,

unbezahlten Urlaub,

unbezahlten Urlaub,

Sonderurlaub,

Sonderurlaub,

Winterausfallgeld/Kurzarbeitergeld

Winterausfallgeld/Kurzarbeitergeld

Kommt der Einsatz einer gewerblichen Ersatzkraft in Frage?

Ja

Nein, weil _____

Die Haushaltshilfe wird durchgeführt von

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Berufstätigkeit während der Haushaltshilfe nein ja von _____ Uhr bis _____ Uhr

Die Haushaltshilfe ist mit mir verwandt oder verschwägert:

Nein

Ja, und zwar wie folgt: _____

Antrag auf Haushaltshilfe

Versichertennummer: _____

Die Haushaltshilfe wird voraussichtlich für den Zeitraum vom _____ bis _____ für folgende Tage beantragt:	
	Hinweise:
<input type="checkbox"/> Montag	von _____ bis _____ Uhr _____
<input type="checkbox"/> Dienstag	von _____ bis _____ Uhr _____
<input type="checkbox"/> Mittwoch	von _____ bis _____ Uhr _____
<input type="checkbox"/> Donnerstag	von _____ bis _____ Uhr _____
<input type="checkbox"/> Freitag	von _____ bis _____ Uhr _____
<input type="checkbox"/> Samstag	von _____ bis _____ Uhr _____
<input type="checkbox"/> Sonntag	von _____ bis _____ Uhr _____

Die Höhe der vereinbarten Vergütung für die selbstbeschaffte Haushaltshilfe beträgt:
<input type="checkbox"/> stündlich/ <input type="checkbox"/> täglich/ <input type="checkbox"/> pauschal: _____ EUR
Der Aufwand der verwandten oder verschwägerten Haushaltshilfe beträgt:
<input type="checkbox"/> Fahrkosten: _____ EUR/Tag
<input type="checkbox"/> Verdienstausschlag: _____ EUR/Tag

Bankverbindung für die Kostenerstattung der Haushaltshilfe
<input type="checkbox"/> Die entsprechende Bankverbindung habe ich auf dem beigefügten Vordruck angegeben. oder
<input type="checkbox"/> Meine bei der AOK NordWest gespeicherte Bankverbindung soll verwendet werden.

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Prüfung und Berechnung der beantragten Haushaltshilfe nach § 38 SGB V, § 24h SGB V oder § 13 der Satzung der AOK NordWest erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zum Versagen der Leistung führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nw/datenschutzrechte. Verantwortlich ist die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.

Einwilligung zu Werbezwecken

Ich bin damit einverstanden, dass die AOK NordWest meine Daten verarbeitet und nutzt, um mich künftig per Telefon, E-Mail und SMS über die Services, Produkte und Leistungsangebote der AOK NordWest, sowie zu privaten Krankenzusatzversicherungen ihres Kooperationspartners zu informieren. Ich willige in Befragungen zur Qualitätsmessung und Kundenzufriedenheit ein. Diese Einwilligungen kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen – ein Anruf unter der Servicenummer 0800 265 5000 genügt.

Datenschutzhinweis: Unabhängig von Ihrem o. g. Antrag werden Ihre Daten zu Werbezwecken genutzt, wenn Sie o. g. Einwilligungserklärung ankreuzen und unterschreiben. Diese Datenerhebung erfolgt auf Basis von Art. 6 Abs. 1 Buchst. a) DSGVO. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nw/datenschutzrechte. Verantwortlich ist die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.

Datum

Unterschrift antragstellende Person (bei unter 15-Jährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)