

**Antrag auf Haushaltshilfe**

	<b>Mitglied</b>	<b>Ehegatte</b>			
<b>Name</b>					
<b>Vorname</b>					
<b>Versichertennummer oder Geburtsdatum</b>					
<b>Telefon-Nr. (s. Fußnote*)</b>					
<b>Tägliche regelmäßige Arbeitszeit</b>	von _____ bis _____ Uhr an folgenden Tagen pro Woche <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	von _____ bis _____ Uhr an folgenden Tagen pro Woche <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			
<b>Wechselschicht</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Der Haushalt kann in dem Zeitraum vom _____ bis _____ von <input type="checkbox"/> mir <input type="checkbox"/> meinem Ehegatten nicht weitergeführt werden. Grund:					
<input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> Stationärer Aufenthalt zur Entbindung <input type="checkbox"/> Kuraufenthalt <input type="checkbox"/> Schwere Krankheit <input type="checkbox"/> Akute Verschlimmerung einer Krankheit <input type="checkbox"/> Ambulante Behandlung einer akuten schwerwiegenden Krankheit <input type="checkbox"/> Sonstiges _____					
In meinem Haushalt leben folgende weitere Personen:					
Name, Vorname	Geb.-Datum	Beschäftigung von bis Uhr	Schule von bis Uhr	Kindergarten etc. von bis Uhr	an wie viel Tagen in der Woche
Die Kinder werden <u>bisher</u> außerhalb des Haushalts versorgt und betreut	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, 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 von _____ (Name, Vorname, Anschrift)				

## Antrag auf Haushaltshilfe

<p>Haben Sie bei einem anderen Träger (z. B. Jugendamt, Sozialamt) einen Antrag auf die Kostenübernahme, für die Betreuung Ihrer Kinder außerhalb des Haushalts gestellt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, bei _____ (Name des Trägers, Anschrift)</p> <p>am _____</p>																												
<p><input type="checkbox"/> Ich habe/beziehe <input type="checkbox"/> Mein Ehegatte hat/bezieht</p>	<p><input type="checkbox"/> bezahlten Urlaub vom _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> unbezahlten Urlaub vom _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sonderurlaub vom _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Winterausfallgeld/ Kurzarbeitergeld vom _____ bis _____</p>																												
<p>Der Haushalt wurde bisher geführt durch</p>	<p><input type="checkbox"/> mich <input type="checkbox"/> meinen Ehegatten <input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> nachstehende Person:</p> <p>Name, Vorname _____</p> <p>Anschrift _____</p>																												
<p>Kommt der Einsatz einer gewerblichen Ersatzkraft in Frage?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____</p>																												
<p>Die Haushaltshilfe wird durchgeführt von</p>	<p>Name, Vorname _____ geb. am _____</p> <p>Anschrift _____</p> <p>Telefon-Nr. _____</p>																												
<p>Die Haushaltshilfe wird voraussichtlich für den Zeitraum vom _____ bis _____ für folgende Tage beantragt:</p>																													
<p><input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>von</th> <th>bis</th> <th>Uhr</th> <th>Hinweise:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	von	bis	Uhr	Hinweise:																								
von	bis	Uhr	Hinweise:																										
<p>Die Haushaltshilfe ist mit mir verwandt oder verschwägert:</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar wie folgt: _____</p>																													

## Antrag auf Haushaltshilfe

Die Höhe der vereinbarten Vergütung für die selbst beschaffte Haushaltshilfe beträgt  stündlich  täglich  pauschal \_\_\_\_\_ EUR

Die täglichen Fahrkosten und/oder der Verdienstaussfall der verwandten/verschwägerten Haushaltshilfe betragen  
Fahrkosten \_\_\_\_\_ EUR  
Verdienstaussfall \_\_\_\_\_ EUR

Wurde ein Pflegeantrag gestellt?  nein  ja, am \_\_\_\_\_

Meine Bankverbindung lautet: Geldinstitut \_\_\_\_\_  
Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_  
BIC: \_\_\_\_\_

### 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](http://www.aok.de/nw/datenschutzrechte). Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund, [kontakt@nw.aok.de](mailto:kontakt@nw.aok.de) oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@nw.aok.de](mailto:datenschutz@nw.aok.de).

### \*Hinweis zur Angabe der Telefonnummer auf Seite 1:

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

### Einwilligung

Ich bin damit einverstanden, dass die AOK NORDWEST meine Daten verarbeitet und nutzt, um mich künftig zielgerichtet per Telefon, E-Mail und SMS über die Services und Produkte der AOK NORDWEST, auch im Rahmen von Kundenbefragungen, zu informieren und zu beraten. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen – ein Anruf unter der Servicenummer 0800 265 5000 genügt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei unter 15-Jährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

**Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe**

**Name, Vorname, Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

Haushaltshilfe ist notwendig, weil

- dem Versicherten/der Versicherten die Weiterführung des Haushalts wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines versicherten Angehörigen nicht möglich ist.
- dem Versicherten/der Versicherten die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist, wegen:
- schwerer Krankheit     akuter Verschlimmerung einer Krankheit     akuter schwerer Krankheit
- die Weiterführung des Haushalts wegen Schwangerschaft/Entbindung nicht möglich ist.
- Ist Bettruhe verordnet?     ja, bis \_\_\_\_\_     nein

**Diagnose/n:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Befund/e:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Therapie/n:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Befunde/Berichte bitte in Kopie beifügen)

Die Versicherte/der Versicherte kann aus oben stehendem Grund den Haushalt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ selbst nicht weiterführen.

Haushaltshilfe ist medizinisch erforderlich: täglich \_\_\_\_\_ Stunden an \_\_\_\_\_ Tagen/Woche

Welche Tätigkeiten können von dem Patienten noch selbst verrichtet werden?

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Zubereiten der Mahlzeiten  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Reinigen der Wohnung   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Beaufsichtigen und Betreuen der Kinder                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Einkaufen  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Grundpflege  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wurde für den gleichen Zeitraum häusliche Krankenpflege beantragt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift des Arztes/der Ärztin/Hebamme

- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01620 EBM berechnungsfähig -

**Hinweis:** Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, sind die angeforderten Auskünfte zur Prüfung des Leistungsanspruchs auf Haushaltshilfe notwendig (§ 100 SGB X i. V. m. § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V).