

Abrechnung der Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 4 Satz 1 SGB V

Vorname _____

Name _____

Versichertennummer _____

Hinweis für die/den Versicherte/n: Bitte Teil 1 von der Haushaltshilfe ausfüllen und unterschreiben lassen und Teil 2 mit eigener Unterschrift bestätigen

1. Angaben der Haushaltshilfe

| Angaben zur Person, die die Haushaltshilfe geleistet hat | | | | | | | | |
|--|-------------------|----------------|--|-------------------|-------------------|-------|-------------------|---------|
| Name der Haushaltshilfe: _____ | | Vorname: _____ | | | Geb.-Datum: _____ | | | |
| Anschrift: _____ | | | | Telefon: _____ | | | | |
| Familienstand: _____ | | | Anzahl der Kinder (unter 16 Jahren): _____ | | | | | |
| Krankenkasse: _____ | | | | | | | | |
| Berufstätigkeit: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein Arbeitszeit <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 _____ Uhr bis _____ Uhr | | | | | | | | |
| Angaben zur Dauer der Haushaltshilfe | | | | | | | | |
| Datum | Uhrzeit von - bis | Stunden | Datum | Uhrzeit von - bis | Stunden | Datum | Uhrzeit von - bis | Stunden |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und den Empfang der Vergütung von _____ EUR. | | | | | | | | |
| Bitte beachten Sie: Sie sind nach § 206 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V verpflichtet, Ihre Krankenkasse über die Vergütung als Haushaltshilfe zu informieren, damit geprüft werden kann, ob sich eine versicherungsrechtliche Auswirkung ergibt. Wenn Sie Sozialleistungen beziehen, teilen Sie bitte auch dem zuständigen Träger (z.B. Jobcenter) Ihre Vergütung als Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 4 Satz 1 SGB V mit. Unser Tipp: Sprechen Sie zusätzlich Ihr Finanzamt auf mögliche steuerrechtliche Auswirkungen an. | | | | | | | | |
| Die Betreuung des Kindes / der Kinder wurde <input type="checkbox"/> im Haushalt der Familie _____ <input type="checkbox"/> in meinem Haushalt durchgeführt. | | | | | | | | |
| Hinweis: Ihre Angaben sind freiwillig, werden von uns aber benötigt, um die Höhe des Erstattungsbetrages der von Ihnen geleisteten Haushaltshilfe für unsere/n Versicherte/n zu berechnen und auszuzahlen. | | | | | | | | |
| Einwilligung | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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 Haushaltshilfe _____ | | | | | |
| 2. Bestätigung der/des Versicherten | | | | | | | | |
| Ich bestätige, dass die Angaben der Haushaltshilfe zutreffen und der Haushalt von keiner im Haushalt lebenden Person geführt werden konnte. | | | | | | | | |
| Ort, Datum _____ | | | Unterschrift der/des Versicherten _____ | | | | | |