



Vorname und Name

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Versichertennummer

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe
14456 Potsdam

Antrag auf Haushaltshilfe

1. Ich beantrage Haushaltshilfe wegen:

- Schwangerschaft/Entbindung, (voraussichtliche) Entbindung am _____
- akuter schwerer Erkrankung
- akuter Verschlimmerung einer Krankheit
- chronischer Erkrankung
- einer aus medizinischen Gründen notwendigen Begleitung eines versicherten Angehörigen

Art der medizinischen Versorgung:

- ambulante ärztliche Behandlung
- Chemo-/Strahlentherapie in der Zeit vom _____ bis _____ (Bitte Therapieplan beifügen!)
- ambulante Operation am _____
- ambulante stationäre Krankenhausbehandlung in der Zeit vom _____ bis _____
- Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme in der Zeit vom _____ bis _____

Es handelt sich um Folgen eines/einer:

- Arbeitsunfalls
- Berufskrankheit
- Versorgungsleiden
- Schädigung durch Dritte

2. Persönliche Angaben

Familienstand:

- ledig
- verheiratet
- eingetragene Lebenspartnerschaft
- geschieden, seit _____
- getrennt lebend, seit _____
- verwitwet, seit _____

Berufstätigkeit:

- Ich bin berufstätig an folgenden Tagen:
 - Montag
 - Dienstag
 - Mittwoch
 - Donnerstag
 - Freitag
 - Samstag
 - Sonntagin der Zeit von _____ Uhr bis _____ Uhr
- Ich bin nicht berufstätig

...

3. Die Haushaltshilfe wird benötigt:

für den Zeitraum vom _____ bis _____ für _____ Stunden je Kalendertag
an folgenden Tagen:

- Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag Sonntag

für folgende Aufgaben:

- Einkaufen
 Zubereitung von Mahlzeiten
 Säuberung, ggf. Heizung der Wohnung/Säuberung der Wäsche
 Kinderbetreuung
 Bringen/Abholen von Kindern zum/vom Kindergarten zur/von der Schule

4. Angaben zum Haushalt

4.1 Leben Kinder unter 14 Jahren/behinderte* Kinder in Ihrem Haushalt? *Bitte ggf. Nachweis beifügen

- nein ja (bitte die Tabelle ausfüllen)

Vorname Name	Geburtsdatum	Aufenthaltort des Kindes	an folgenden Tagen							von-bis Uhr
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
		ganztags zu Hause								-----
		Kindertagesstätte								
		Vorschule/Schule								
		anderer Ort								
		ganztags zu Hause								-----
		Kindertagesstätte								
		Vorschule/Schule								
		anderer Ort								
		ganztags zu Hause								-----
		Kindertagesstätte								
		Vorschule/Schule								
		anderer Ort								
		ganztags zu Hause								-----
		Kindertagesstätte								
		Vorschule/Schule								
		anderer Ort								

Wo wird das Kind/werden die Kinder **während** der Haushaltshilfeleistung betreut?

- in meinem Haushalt außerhalb meines Haushalts

Name und Anschrift der Unterkunft des Kindes/der Kinder, sofern sie außerhalb des eigenen Haushalts betreut werden

Wurde beim Jugendamt ein Antrag auf Kostenübernahme gestellt?

- ja nein

Welche Kosten entstehen Ihnen dadurch?

- Vergütung für die private Haushaltshilfe in Höhe von _____ EUR pro Stunde pro Tag
- Verdienstaussfall Fahrkosten

Wichtiger Hinweis:

Die Vergütung für die private Haushaltshilfe kann steuer- und sozialversicherungsrechtliche Auswirkungen haben. Bitte informieren Sie sich bei der Minijobzentrale (www.Minijobzentrale.de).

Erklärung:

Meine Angaben sind vollständig und wahrheitsgemäß. **Änderungen, die sich während der Tätigkeit der Haushaltshilfe ergeben, werde ich der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse unverzüglich mitteilen.** Ich bin damit einverstanden, dass sich die AOK Nordost – Die Gesundheitskasse zum Zweck einer für die Leistungsgewährung erforderlichen ärztlichen Bestätigung direkt mit meiner Ärztin/meinem Arzt in Verbindung setzt.

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) V erhoben und verarbeitet, um Ihren Antrag auf Haushaltshilfe (§ 24h bzw. 38 SGB V) bearbeiten zu können. Bitte beachten Sie, dass es bei der Leistungsgewährung zu Nachteilen führen kann, sofern uns erforderliche Angaben und Daten nicht vorliegen (§§ 60 ff. SGB I – Mitwirkung des Leistungsberechtigten). Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nordost/datenschutzrechte.

Telefon (freiwillige Angabe)

Datum, Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

****Verwandte** bis zum zweiten Grad sind Eltern, Großeltern, Kinder (einschließlich der für ehelich erklärten und der angenommenen Kinder), Enkelkinder, Geschwister.

****Verschwägte** bis zum zweiten Grad sind 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.