

Antrag auf Haushaltshilfe

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

Versicherte/r			
Name	Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer
Anschrift:		Telefon:	
Haushaltshilfe wird beantragt vom _____ bis _____			
Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vor? ja nein wurde beantragt			
Warum benötigen Sie Haushaltshilfe? *) bitte ärztliche Bescheinigung über Notwendigkeit und Dauer der Haushaltshilfe beifügen			
Krankenhausaufenthalt der/des Versicherten		häuslicher Aufenthalt, Weiterführung des Haushalts nicht möglich wegen:	
stationäre Entbindung der Versicherten		häuslicher Krankenpflege Krankheit *)	
Kuraufenthalt der/des Versicherten		Schwangerschaft *) Entbindung *)	
Ort:		als Begleitperson bei stationärer Aufnahme	
Kostenträger:		Geburtsvorbereitungs-/Rückbildungskurs	
Leistungsgrund:	Arbeitsunfall	Berufskrankheit	Versorgungsleiden Drittverschulden/Unfall
Wer hat den Haushalt bisher überwiegend geführt?			
ich selbst		die Ehegattin/der Ehegatte andere Personen:	
Weitere im Haushalt lebende Personen			
nein		ja (wenn ja, bitte ausfüllen)	
Name, Vorname	Geburtsdatum	kann den Haushalt nicht weiterführen, weil	berufstätig an folgenden Tagen
			Mo Di Mi Do Fr Sa So von - bis
Leben Kinder/behinderte Kinder* in Ihrem Haushalt? *) bitte Nachweis beifügen			
nein		ja (wenn ja, bitte ausfüllen)	
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum	in Kindergarten/Kindertagesstätte	in der Schule
			sonstige Betreuung außer Haus
			an folgenden Tagen
			Mo Di Mi Do Fr Sa So Uhrzeit von - bis
Wo werden diese Kinder während der Zeit der beantragten Haushaltshilfe betreut ?			
in meinem Haushalt		außerhalb meines Haushalts	
erweiterte Betreuung in der Kindereinrichtung			
Wer führt den Haushalt weiter? Wer übernimmt die Kinderbetreuung?			
<u>Privatperson</u>			
Name, Vorname:		Geburtsdatum	Tätigkeit
Anschrift			
Die Privatperson ist mit der/m Versicherten			
verheiratet		verwandt/verschwägert – (Stief-)Großeltern/Eltern/Kinder/Enkel, Geschwister, Schwiegereltern/-sohn/-tochter/-enkel, Schwager/Schwägerin	
Sonstiges: _____			
Welche Kosten entstehen Ihnen dadurch?			
Bezeichnung der Kosten (z. B. Verdienstausschlag):		Höhe der Kosten:	EUR
soziale Einrichtung			
Bezeichnung und Anschrift		IK-Nummer	
Die Haushaltshilfe wird voraussichtlich an _____ Stunden pro Tag/ _____ Stunden pro Woche für folgende Aufgaben benötigt:			
Einkaufen		Nahrungszubereitung	
Kinderbetreuung		Sauberhalten der Wohnung (auch Heizen)	
		Sauberhalten der Kleidung	
Datum		Unterschrift	