

Antrag auf Haushaltshilfe

Name, Vorname

Straße, Wohnort

Versicherten-Nr.

Familienstand

Tägliche berufliche Abwesenheit

Tage, an denen regelmäßig gearbeitet wird:

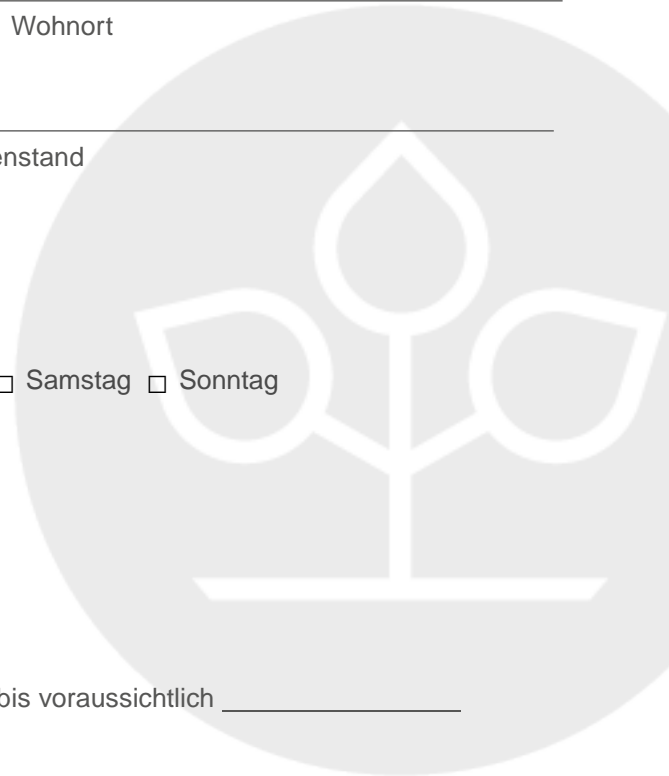
Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag Sonntag

Grund für den Antrag auf Haushaltshilfe:

Bitte Bescheinigung Ihres behandelnden Arztes beifügen

- Krankenhausbehandlung Kuraufenthalt
 Häusliche Krankenpflege Krankheit Schwangerschaft

Aus dem o. g. Grund kann ich vom _____ bis voraussichtlich _____
meinen Haushalt nicht weiterführen.



In meinem Haushalt leben:

Name, Vorname, Geb.-Datum	Kindergarten / Schule / berufstätig tägl. von _____ bis _____ Uhr	Bei welcher Krankenkasse versichert?
Name, Vorname, Geb.-Datum	Kindergarten / Schule / berufstätig tägl. von _____ bis _____ Uhr	Bei welcher Krankenkasse versichert?
Name, Vorname, Geb.-Datum	Kindergarten / Schule / berufstätig tägl. von _____ bis _____ Uhr	Bei welcher Krankenkasse versichert?
Name, Vorname, Geb.-Datum	Kindergarten / Schule / berufstätig tägl. von _____ bis _____ Uhr	Bei welcher Krankenkasse versichert?

Kann eine der im Haushalt lebenden Personen den Haushalt weiterführen?

nein ja Name: _____

Der Haushalt soll weitergeführt werden durch:

meinen Ehepartner (bei unbezahltem Urlaub) Arbeitgeber: _____

Personalien zur Ersatzkraft, inkl. Adresse und evtl. Krankenkasse

Bitte lassen Sie die beiliegende Erklärung von der Ersatzkraft ausfüllen.

Ich bin/mein Ehepartner ist mit der Haushaltshilfe verwandt /verschwägert: ja nein

Voraussichtliche Kosten der Haushaltshilfe: EUR _____ täglich

Meine Bankverbindung:

IBAN

Für eventuelle Rückfragen bitte angeben:

Telefonnummer*

Mobilnummer*

E-Mail-Adresse*

Datenschutzhinweis:

Die vorgenannten personenbezogenen Daten sind für die Beurteilung des Leistungsanspruchs auf Haushaltshilfe erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind die §§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. 38 SGB V. Die Daten werden ausschließlich für die Zwecke der Leistungsentscheidung gespeichert und verwendet. Ihr Mitwirken ist nach §§ 60 SGB I und 206 SGB V erforderlich. Ohne Ihre Mitwirkung kann über den Leistungsanspruch nicht entschieden werden. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bei eventuellen Rückfragen bitten wir Sie um freiwillige Angabe (*) Ihrer Telefonnummer / Mobilfunknummer / E-Mail-Adresse.

Wünschen Sie darüber hinaus künftig weitere Informationen über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland oder zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK, benötigen wir für die Verwendung Ihrer Personenstamm- sowie Kontaktdaten Ihre zusätzliche Einwilligung (**). Diese kann ohne Einwilligung des Erziehungsberechtigten nach Vollendung des 15. Lebensjahres rechtswirksam abgegeben werden. Im Rahmen dieser zusätzlichen Einwilligung können Empfänger Ihrer Daten von uns beauftragte Dienstleister sein.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter <https://aok.de/rps/datenschutzrechte> oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland-Pfalz / Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rps.aok.de.

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten aufgrund Ihrer zusätzlichen Einwilligung (**) erfolgt auf freiwilliger Basis. Ihr Einverständnis können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Die Erteilung der Einwilligung ist keine Voraussetzung und hat keine Auswirkungen auf Ihre gesetzlichen Leistungsansprüche.

Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK Rheinland-Pfalz / Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg wahrnehmen. Sie können den Widerruf auch per E-Mail senden an: widerruf@rps.aok.de.

Einwilligung:**

¹ Ja, ich bin damit einverstanden, dass die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland meine angegebenen Daten verarbeitet und verwendet, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK informieren und beraten zu können und um Meinungsforschung durchführen zu können, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Datum, Unterschrift des Versicherten