
Name, Vorname der/des Versicherten (Haushaltsführende Person)

KV-Nummer

Anschrift

Telefon*

Ich beantrage eine Haushaltshilfe für den Zeitraum vom _____ bis _____.

Ich beantrage eine Haushaltshilfe wegen:

- ☐ meiner stationären Behandlung, Aufenthalt vom _____ bis _____,
im Krankenhaus/in der Kurklinik _____, Kostenträger _____.
- ☐ meiner Krankheit. (Bitte fügen Sie das ärztliche Attest ausgefüllt bei.)
- ☐ meiner ambulanten Operation am _____. (Bitte fügen Sie das ärztliche Attest ausgefüllt bei.)
- ☐ meiner Schwangerschaftsbeschwerden. (Bitte fügen Sie das ärztliche Attest ausgefüllt bei.)
- ☐ meiner voraussichtlichen Entbindung am _____. (Bitte fügen Sie das ärztliche Attest ausgefüllt bei.)
- ☐ meiner Chemo-/Strahlentherapie in der Zeit vom _____ bis _____.
(Bitte fügen Sie Ihren Therapieplan bei.)
- ☐ meiner aus medizinischen Gründen notwendigen Begleitung eines versicherten Angehörigen.
(Bitte fügen Sie eine Notwendigkeitsbescheinigung vom Krankenhaus bei.)

Es handelt sich um die Folgen:

- ☐ eines Arbeitsunfalls. ☐ einer Berufskrankheit. ☐ eines Versorgungsleidens.
☐ einer Schädigung durch eine dritte Person. ☐ einer sonstigen Erkrankung.

Ich benötige Hilfe an folgenden Tagen zu folgenden Zeiten:

Montag	Uhrzeit von – bis _____
Dienstag	Uhrzeit von – bis _____
Mittwoch	Uhrzeit von – bis _____
Donnerstag	Uhrzeit von – bis _____
Freitag	Uhrzeit von – bis _____
Samstag	Uhrzeit von – bis _____
Sonntag	Uhrzeit von – bis _____

Die Haushaltshilfe wird benötigt für folgende hauswirtschaftliche Tätigkeiten:

- | | |
|---|--|
| ☐ Einkäufe, Besorgungen (z.B. Arzneimittel) | ☐ Zubereitung der Mahlzeiten, Spülen des Geschirrs |
| ☐ Pflege der Wäsche | ☐ Reinigung der Wohnung |
| ☐ Betreuung und Beaufsichtigung von Kleinkindern | ☐ Betreuung und Beaufsichtigung von Kindern im Kindergarten-/Schulalter |

Ich habe folgenden Familienstand:

- ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ eingetragene Lebenspartnerschaft
☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet
☐ Ich bin nicht berufstätig.

☐ Ich bin berufstätig an folgenden Tagen:

☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag ☐ Samstag ☐ Sonntag

in der Zeit von _____ bis _____ Uhr.

In meinem Haushalt leben folgende Personen (bitte fügen Sie bei einer Behinderung einen Nachweis bei) und sind zu den angegebenen Zeiten an der Arbeit, in der Schule, bei der Tagesmutter, im Kindergarten etc.:

Name, Vorname	Geburts- datum	Montag von-bis	Dienstag von-bis	Mittwoch von-bis	Donnerstag von-bis	Freitag von-bis	Samstag von-bis	Sonntag von-bis
Ehepartner/-in bzw. Lebenspartner/-in								
Kind/Mitwohnende Person								
Kind/Mitwohnende Person								
Kind/Mitwohnende Person								
Kind/Mitwohnende Person								
Kind/Mitwohnende Person								

Sonstige wichtige Informationen:

Ich habe einen Antrag auf Kostenübernahme beim Jugendamt gestellt: ☐ Ja ☐ Nein

Ein Pflegegrad in der Pflegeversicherung:

- ☐ wurde mir genehmigt: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Nein
☐ habe ich beantragt am _____. ☐ Nein

Mein Haushalt wurde bisher geführt von:

Name, Vorname	Telefon
Anschrift	Postleitzahl Wohnort

Mein Haushalt wird während der Haushaltshilfe folgendermaßen weitergeführt:

☐ **Ich nehme mir eine Ersatzkraft:**

Name, Vorname	Verwandtschafts-/Schwägerschaftsverhältnis	
Anschrift	Postleitzahl	Wohnort
Berufstätigkeit bei	Telefon*	

Die Betreuung meines(r) Kindes(r) erfolgt ☐ in meinem Haushalt ☐ im Haushalt der Ersatzkraft

Ist die Haushaltshilfe mit Ihnen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert, können nur die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstausschlag erstattet werden, vorausgesetzt, dass diese in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten stehen. Nach den gesetzlichen Bestimmungen sind **Verwandte** bis zum zweiten Grad Eltern, Großeltern, Kinder (einschließlich der für ehelich erklärten und der angenommenen Kinder), Enkelkinder, Geschwister sowie **Verschwägte** bis zum zweiten Grad Stiefeltern/-großeltern, Kinder des Ehegatten/Lebenspartners, Stiefenkelkinder, (Enkelkinder des Ehegatten/Lebenspartners), Eltern des Ehegatten/Lebenspartners, Schwiegerkinder (Schwiegersohn/-tochter), Schwiegereltern (Ehegatten/Lebenspartner der Enkelkinder), Schwager/Schwägerin.

☐ **Meine Ehefrau/Mein Ehemann/ Meine Lebenspartnerin/Mein Lebenspartner**

☐ kann stundenweise von der Arbeit freigestellt werden.

☐ nimmt unbezahlten Urlaub vom _____ bis _____.

☐ **Ich nehme mir folgenden caritativen Verband/Pflegedienst/privaten Anbieter:**

Name	Anschrift, Telefon*
------	---------------------

Vereinbarter Stundensatz des Anbieters in Höhe von _____ Euro (inklusive aller Nebenkosten).

Ich bitte um Erstattung auf folgendes Konto:

Bankverbindung

IBAN	Kreditinstitut
BIC	Kontoinhaberin/Kontoinhaber

Erklärung:

Meine Angaben sind vollständig und wahrheitsgemäß. Änderungen, die sich während der Tätigkeit der Haushaltshilfe ergeben, teile ich der AOK Hessen unverzüglich mit.

Datum, Unterschrift der/des Versicherten

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zur Prüfung des Anspruchs auf Haushaltshilfe nach § 38 SGB V, § 24h SGB V oder § 74 SGB IX erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I in Verbindung mit § 99 SGB X erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen hinsichtlich der Leistungsansprüche führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/hessen/datenschutzrechte. Die mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.