

## Mein Antrag auf Haushaltshilfe

<b>Versicherte/r</b>		<b>Versichertennummer:</b> <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>				
Name	Vorname	Geb.-Datum	Telefonnummer			
Haushaltshilfe wird beantragt vom _____ bis _____						
<b>Haben Sie einen Pflegegrad beantragt?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
<b>Warum benötigen Sie Haushaltshilfe?</b> * bitte ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit beifügen						
<input type="checkbox"/> wegen Krankenhausaufenthalt oder zur Entbindung <input type="checkbox"/> wegen Kuraufenthalt, Kostenträger _____ <input type="checkbox"/> wegen Einschränkungen während der Schwangerschaft oder nach der Entbindung* <input type="checkbox"/> wegen schwerer Krankheit*						
<b>Die Erkrankung beruht ggf. auf:</b>						
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall/Berufskrankheit <input type="checkbox"/> BVG-Versorgungsleiden <input type="checkbox"/> Drittverschulden/Unfall						
<b>Wer hat den Haushalt bisher geführt?</b>						
<input type="checkbox"/> ich selbst <input type="checkbox"/> der Ehegatte/die Ehegattin <input type="checkbox"/> andere Personen						
<b>Folgende Personen leben in meinem Haushalt (bitte ausfüllen):</b> <input type="checkbox"/> niemand						
Diese sind zu den angegebenen Zeiten auf Arbeit, im Kindergarten/Schule/in Betreuung:						
Name, Vorname	Geburtsdatum	Montag von-bis	Dienstag von-bis	Mittwoch von-bis	Donnerstag von-bis	Freitag von-bis
<b>Wer führt den Haushalt weiter? Wer übernimmt die Kinderbetreuung?</b>						
<input type="checkbox"/> Privatperson Name, Vorname: _____ Anschrift: _____ _____ ist mit mir <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwandt/verschwägert, oder: _____			<input type="checkbox"/> Soziale Einrichtung Bezeichnung: _____ Anschrift: _____ _____ IK-Nummer: _____			
<b>Welche Kosten entstehen Ihnen dadurch?</b> Art: _____ Höhe: _____ Euro						
Die Haushaltshilfe wird voraussichtlich an ____ Stunden pro Tag/ ____ Stunden pro Woche für folgende						
Aufgaben benötigt: <input type="checkbox"/> Einkaufen <input type="checkbox"/> Kinderbetreuung <input type="checkbox"/> Nahrungszubereitung						
<input type="checkbox"/> Sauberhalten der Wohnung <input type="checkbox"/> Wäsche waschen						
_____			_____			
Datum			Unterschrift			

**Hinweis zum Datenschutz:**

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs.1 Satz 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zum Zwecke der Prüfung des Anspruches auf Haushaltshilfe nach §§ 24 h, 38 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/plus/datenschutzrechte](http://aok.de/plus/datenschutzrechte). Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die AOK PLUS oder den Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@plus.aok.de](mailto:datenschutz@plus.aok.de).