

Antrag auf Haushaltshilfe

| | | | | | | | |
|---|--------------------------------|---|--------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. Persönliche Angaben: | | | | | | | |
| Name: | | Vorname: | | | Versichertennummer | | |
| Adresse: | | | | Telefonnummer: | | | |
| Ich benötige/beantrage eine Haushaltshilfe aufgrund von: | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> einer akuten Erkrankung <i>(Bitte die beigefügte ärztliche Bescheinigung ausfüllen)</i> | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> einer Schwangerschaft <i>(Bitte die beigefügte ärztliche Bescheinigung ausfüllen)</i> voraussichtlicher ET _____ | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> einem stationären Krankenhausaufenthalt / Reha- bzw. Kurmaßnahme | | | | | | | |
| im Zeitraum von _____ bis _____. In dieser Zeit habe ich bzw. mein Ehegatte / Partnerin Anspruch auf bezahlten bzw. unbezahlten Urlaub von _____ bis _____. | | | | | | | |
| Ich benötige Unterstützung in folgendem Umfang: | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Kinder betreuen und beaufsichtigen | | <input type="checkbox"/> Wäsche waschen | | <input type="checkbox"/> Mahlzeiten zubereiten | | | |
| <input type="checkbox"/> Wohnung reinigen | | <input type="checkbox"/> Einkaufen | | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Ich bin berufstätig an folgenden Tagen - von/bis | Mo <input type="checkbox"/> | Di <input type="checkbox"/> | Mi <input type="checkbox"/> | Do <input type="checkbox"/> | Fr <input type="checkbox"/> | Sa <input type="checkbox"/> | So <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Schichtarbeit | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ich bin nicht berufstätig. | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ich bin selbstständig tätig. | | | | | | | |
| 2. Angaben zu den Personen im Haushalt des/r Antragstellers/in: Bitte immer angeben! | | | | | | | |
| Im Haushalt lebt folgende(r) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ► <u>Ehe-/Lebenspartner/in:</u> | | | | | | | |
| Name, Vorname | | Versichertennummer | | | Krankenversicherung | | |
| Berufstätig an folgenden Wochentagen (von/bis): | | | | | | | |
| | Mo <input type="checkbox"/> | Di <input type="checkbox"/> | Mi <input type="checkbox"/> | Do <input type="checkbox"/> | Fr <input type="checkbox"/> | Sa <input type="checkbox"/> | So <input type="checkbox"/> |
| Schichtarbeit? <input type="checkbox"/> _____ | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ► <u>sonstige Person:</u> | | | | | | | |
| Name, Vorname | | Versichertennummer | | | Krankenversicherung | | |
| Berufstätig an folgenden Wochentagen (von/bis): | | | | | | | |
| | Mo <input type="checkbox"/> | Di <input type="checkbox"/> | Mi <input type="checkbox"/> | Do <input type="checkbox"/> | Fr <input type="checkbox"/> | Sa <input type="checkbox"/> | So <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ► <u>gemeinsam mit im Haushalt lebenden Personen:</u> <i>(zum Punkt 2 weiter)</i> | | | | | | | |

Bitte Rückseite beachten! →

Seite 2
Antrag auf
Haushaltshilfe:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

2. Angaben zu den Personen im Haushalt des Antragstellers:

► **1. Person / 1. Kind:**

| | | | |
|----------------|---------------|---|---|
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: | Unter 12 Jahren? | Behindert und auf Hilfe angewiesen? |
| | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Beschäftigung, Werkstatt an folgenden Wochentagen:

| | Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|
| von / bis | | | | | | | |
| von / bis | | | | | | | |

Schule an folgenden Wochentagen:

| | Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|
| von / bis | | | | | | | |
| von / bis | | | | | | | |

Kindergarten an folgenden Wochentagen:

| | Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|
| von / bis | | | | | | | |
| von / bis | | | | | | | |

Sonstige Betreuung an folgenden Wochentagen: (z.B. Großeltern, Sportverein, Musikschule etc.)

| | Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|
| von / bis | | | | | | | |
| von / bis | | | | | | | |

► **2. Person / 2. Kind:**

| | | | |
|----------------|---------------|---|---|
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: | Unter 12 Jahren? | Behindert und auf Hilfe angewiesen? |
| | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Beschäftigung, Werkstatt an folgenden Wochentagen:

| | Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|
| von / bis | | | | | | | |
| von / bis | | | | | | | |

Schule an folgenden Wochentagen:

| | Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|
| von / bis | | | | | | | |
| von / bis | | | | | | | |

Kindergarten an folgenden Wochentagen:

| | Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|
| von / bis | | | | | | | |
| von / bis | | | | | | | |

Sonstige Betreuung an folgenden Wochentagen: (z.B. Großeltern, Sportverein, Musikschule etc.)

| | Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|
| von / bis | | | | | | | |
| von / bis | | | | | | | |

► **3. Person / 3. Kind:**

| | | | |
|----------------|---------------|---|--|
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: | Unter 12 Jahren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Behindert und auf Hilfe angewiesen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|----------------|---------------|---|--|

Beschäftigung, Werkstatt an folgenden Wochentagen:

| | Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|
| von / bis | | | | | | | |
| von / bis | | | | | | | |

Schule an folgenden Wochentagen:

| | Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|
| von / bis | | | | | | | |
| von / bis | | | | | | | |

Kindergarten an folgenden Wochentagen:

| | Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|
| von / bis | | | | | | | |
| von / bis | | | | | | | |

Sonstige Betreuung an folgenden Wochentagen: (z.B. Großeltern, Sportverein, Musikschule etc.)

| | Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|
| von / bis | | | | | | | |
| von / bis | | | | | | | |

► **4. Person / 4. Kind:**

| | | | |
|----------------|---------------|---|--|
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: | Unter 12 Jahren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Behindert und auf Hilfe angewiesen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|----------------|---------------|---|--|

Beschäftigung, Werkstatt an folgenden Wochentagen:

| | Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|
| von / bis | | | | | | | |
| von / bis | | | | | | | |

Schule an folgenden Wochentagen:

| | Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|
| von / bis | | | | | | | |
| von / bis | | | | | | | |

Kindergarten an folgenden Wochentagen:

| | Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|
| von / bis | | | | | | | |
| von / bis | | | | | | | |

Sonstige Betreuung an folgenden Wochentagen: (z.B. Großeltern, Sportverein, Musikschule etc.)

| | Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|
| von / bis | | | | | | | |
| von / bis | | | | | | | |

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

1. Persönliche Angaben: *Bitte ausfüllen!*

Name, Vorname des haushaltsführenden Versicherten:

Geburtsdatum:

Versichertennummer:

2. Angaben zur Notwendigkeit der Haushaltshilfe: *(Wir bitten Sie die ärztliche Bescheinigung sorgfältig auszufüllen, da diese Angabe als Entscheidungsgrundlage der Haushaltshilfe dienen!)*

Die Haushaltshilfe ist aus medizinischer Sicht vom _____ bis zum _____ notwendig.

► **Die Haushaltshilfe ist notwendig aufgrund:**

- einer akuten schweren Erkrankung
- Schwangerschaftsbeschwerden / Entbindung
 - Bettruhe erforderlich
 - Krankenhausaufenthalt vom _____ bis _____
 - Kur / Reha vom _____ bis _____

► **Diagnose – wir bitten um Angaben zur Therapie und den Beschwerden):**

► **Mögliche Komplikationen, die auftreten können:**

► **Aktuelle Einschränkungen:**

► **Welche Tätigkeiten im Haushalt können nicht selbst verrichtet werden?**

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kinder betreuen und beaufsichtigen | <input type="checkbox"/> Mahlzeiten zubereiten | <input type="checkbox"/> Einkaufen |
| <input type="checkbox"/> Wäsche waschen | <input type="checkbox"/> Wohnung reinigen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

► **In welchem Umfang ist die Kinderbetreuung möglich?**

- in vollem Umfang
 - folgende Kinderbetreuung ist möglich (z.B. zur Betreuung begleiten, Hausaufgabenbetreuung, Tischspiel, Körperpflege bei Babys und Kleinkindern etc.): _____
-

3. Ort, Datum, Stempel, Unterschrift: *Bitte ausfüllen!*

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Datenschutzhinweis:

Die Übermittlung dieser Daten ist gem. § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X zulässig und erforderlich. Ihre Bemühungen können Sie nach der EBM Nr. 01621 abrechnen.