

Antrag auf Haushaltshilfe

Versicherter				
Name	Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherungsnummer	Telefon
Tätigkeit	Familienstand	Anschrift		
Grund der Antragstellung				
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt des Versicherten <input type="checkbox"/> Kuraufenthalt des Versicherten		<input type="checkbox"/> Stationäre Entbindung des Versicherten		<input type="checkbox"/> Häuslicher Aufenthalt, Weiterführung des Haushaltes nicht möglich wegen: <input type="checkbox"/> Häuslicher Krankenpflege <input type="checkbox"/> Schwangerschaft *) <input type="checkbox"/> als Begleitperson bei stationärer Aufnahme
von: _____ bis: _____ Ort: _____ Kostenträger: _____		<input type="checkbox"/> Krankheit *) <input type="checkbox"/> Entbindung *) *) bitte ärztliche Bescheinigung über Notwendigkeit und Dauer der Haushaltshilfe beifügen		
Leistungsgrund: Arbeitsunfall Berufskrankheit Versorgungsleiden Schädigung durch Dritte				
Kinder unter 12 Jahren / behinderte Kinder *) , die im Haushalt leben *) bitte Nachweis beifügen				
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum	in Kindergarten/ Kindertagesstät- te	Die Kinder sind bisher untergebracht bzw. betreut worden in der Schule	sonst. Betreuung außer Haus
				an folgenden Tagen
				Mo Di Mi Do Fr Sa So
				Uhrzeit von - bis
Besteht die Möglichkeit eines längeren Aufenthaltes in der Einrichtung (z.B. Hort)?				
Weitere im Haushalt lebende Personen?				
<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja (wenn ja, bitte ausfüllen)				
Name, Vorname	Geburtsdatum	wie verwandt o. verschwägert	kann den Haushalt nicht weiterführen, weil:	Berufstätig an folgenden Tagen
				Mo Di Mi Do Fr Sa So
				von - bis
Haushaltsführung				
Der Haushalt wurde bisher geführt <input type="checkbox"/> von dem Versicherten selbst <input type="checkbox"/> vom Ehegatten				
Der Ehegatte kann wegen	<input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag	von _____ Uhr bis _____ Uhr	<input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Sonnabend <input type="checkbox"/> Sonntag	von _____ Uhr bis _____ Uhr
Berufstätigkeit den Haushalt an folgenden Tagen nicht weiterführen				
Mein Ehegatte hat	<input type="checkbox"/> bezahlten Urlaub <input type="checkbox"/> unbezahlten Urlaub		von: _____ bis: _____	(Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers über unbezahlten Urlaub beifügen)
<input type="checkbox"/> Die Kinder unter 12 Jahren werden wie bisher untergebracht und betreut.				
Die Kinder unter 12 Jahren werden außerhalb des Haushaltes an folgenden Tagen betreut:				
durch _____ (Name, Vorname) _____ (Beruf) _____ (Anschrift) _____ (wie) verwandt / verschwägert				
<input type="checkbox"/> Die Kinder unter 12 Jahren werden (zusätzlich) im Haushalt des Versicherten betreut.				
Haushaltshilfe / Weiterführung des Haushaltes				
Weiterführung des Haushaltes durch:				
<input type="checkbox"/> Privatperson				
Name, Vorname _____		Geburtsdatum _____		Beruf _____
Anschrift _____				
<input type="checkbox"/> verwandt/verschwägert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____		• entstehende Kosten: _____ EUR je Std. / _____ EUR je Tag / _____ EUR insgesamt • Fahrkosten: _____ EUR je Fahrt /EUR insgesamt • Verdienstaussfall: _____ EUR netto je Arbeitsstunde		
<input type="checkbox"/> Professionelle Ersatzkraft				
Bezeichnung und Anschrift _____				
Die Haushaltshilfe wird voraussichtlich an _____ Stunden pro Tag / _____ Stunden pro Woche für folgende Aufgaben benötigt:				
<input type="checkbox"/> Einkaufen <input type="checkbox"/> Nahrungszubereitung <input type="checkbox"/> Sauberhalten der Wohnung (auch Heizen) <input type="checkbox"/> Sauberhalten der Kleidung				
Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückerstattet werden müssen. Änderungen, welche sich während der Tätigkeit der Haushaltshilfe ergeben, werde ich der AOK Sachsen unverzüglich mitteilen. Die Erhebung der Daten basiert auf § 38 SGB V bzw. § 199 RVO.				
Ort, Datum _____			Unterschrift des Versicherten _____	