

# Antrag auf Haushaltshilfe

<b>Versicherter</b>													
Name	Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherungsnummer	Telefon									
Tätigkeit	Familienstand	Anschrift											
<b>Grund der Antragstellung</b>													
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt des Versicherten <input type="checkbox"/> Stationäre Entbindung des Versicherten <input type="checkbox"/> Kuraufenthalt des Versicherten		<input type="checkbox"/> Häuslicher Aufenthalt, Weiterführung des Haushaltes nicht möglich wegen:											
von: _____ bis: _____ Ort: _____ Kostenträger: _____		<input type="checkbox"/> Häuslicher Krankenpflege <input type="checkbox"/> Krankheit *) <input type="checkbox"/> Schwangerschaft *) <input type="checkbox"/> Entbindung *) <input type="checkbox"/> als Begleitperson bei stationärer Aufnahme <small>*) bitte ärztliche Bescheinigung über Notwendigkeit und Dauer der Haushaltshilfe beifügen</small>											
Leistungsgrund: <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden <input type="checkbox"/> Schädigung durch Dritte <input type="checkbox"/> Betruhe ist verordnet													
<b>Kinder unter 12 Jahren / behinderte Kinder <sup>*)</sup>, die im Haushalt leben</b> <small>*) bitte Nachweis beifügen</small>													
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							
<b>Besteht die Möglichkeit eines längeren Aufenthaltes in der Einrichtung (z.B. Hort)?</b>													
<b>Weitere im Haushalt lebende Personen?</b>													
<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:	Berufstätigkeit an folgenden Tagen Mo Di Mi Do Fr Sa So			von - bis						
<b>Haushaltsführung</b>													
Der Haushalt wurde bisher geführt <input type="checkbox"/> von dem Versicherten selbst <input type="checkbox"/> vom Ehegatten <input type="checkbox"/> von:													
Der Ehegatte kann wegen	<input type="checkbox"/> Montag	von	Uhr	bis	Uhr	<input type="checkbox"/> Freitag	von	Uhr	bis	Uhr			
Berufstätigkeit den Haushalt	<input type="checkbox"/> Dienstag	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	<input type="checkbox"/> Sonnabend	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr			
an folgenden Tagen nicht	<input type="checkbox"/> Mittwoch	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	<input type="checkbox"/> Sonntag	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr			
weiterführen	<input type="checkbox"/> Donnerstag	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr								
Mein Ehegatte hat <input type="checkbox"/> bezahlten Urlaub <input type="checkbox"/> unbezahlten Urlaub    von: _____ bis: _____    (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers über unbezahlten Urlaub beifügen)													
<b>Betreuung der Kinder während der Zeit der beantragten Haushaltshilfe</b>													
<input type="checkbox"/> Die Kinder unter 12 Jahren werden wie bisher untergebracht und betreut.													
<input type="checkbox"/> Die Kinder unter 12 Jahren werden außerhalb des Haushaltes an folgenden Tagen betreut: <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center;"><tr><td>Mo</td><td>Di</td><td>Mi</td><td>Do</td><td>Fr</td><td>Sa</td><td>So</td></tr></table> von: _____ Uhr bis: _____ Uhr							Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So							
durch _____ Name, Vorname                      _____ Beruf													
_____ Anschrift                      _____ (wie) verwandt / verschwägert													
<input type="checkbox"/> Die Kinder unter 12 Jahren werden (zusätzlich) im Haushalt des Versicherten betreut.													
<b>Haushaltshilfe / Weiterführung des Haushaltes</b>													
Weiterführung des Haushaltes durch:													
<input type="checkbox"/> Privatperson													
Name, Vorname		Geburtsdatum		Beruf									
Anschrift													
• verwandt/verschwägert?		• entstehende Kosten: _____ EUR je Std. / _____ EUR je Tag / _____ EUR insgesamt											
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,		• Fahrkosten: _____ EUR je Fahrt /EUR insgesamt											
und zwar _____		• 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 _____									