

Versicherten-Nummer

Telefon

Datum

Alles Gute für Sie und herzlichen Dank.

Vorname Name

Geburtsdatum



Anschrift

Vom Bis zum

Aus diesem Grund benötige ich Unterstützung

- ☐ Ich werde **stationär** behandelt
- ☐ Wegen einer **Schwangerschaft oder Entbindung**
- ☐ Ich habe eine **akute schwere Erkrankung**
- ☐ Eine ärztliche Bescheinigung habe ich beigelegt

- Bei einer stationären Behandlung im Krankenhaus oder einer Reha-Einrichtung ist keine ärztliche Bescheinigung notwendig.

Dies ist die Ursache für meine Behandlung

- ☐ Ich hatte einen **Unfall**
- ☐ Ich hatte **keinen Unfall**

Ich benötige diese Art von Unterstützung

- ☐ Bei den **Haushaltsarbeiten**
- ☐ Bei der **Kinderbetreuung**

◀ Bei Bedarf können wir Sie bei der Betreuung der Kinder und gleichzeitig bei Haus-
haltsarbeiten unterstützen.

An diesen Tagen benötige ich Unterstützung

Mo Di Mi Do Fr Sa So

Stunden Stunden Stunden Stunden Stunden Stunden Stunden

Bitte teilen Sie uns mit,
für wie viele Stunden pro Tag
Sie Unterstützung benötigen.

So wird mein Haushalt üblicherweise geführt

- ☐ Ich führe den Haushalt **alleine**
- ☐ Ich führe den Haushalt **teilweise selbst**
- ☐ Eine **andere Person führt** meinen Haushalt

So kann mein Haushalt weitergeführt werden

- ☐ **Diese Person** unterstützt mich bei der Haushaltsführung

Name _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

☐ Ich bin mit dieser Person **nicht** verwandt oder verschwägert

☐ Ich bin mit dieser Person **verwandt** oder verschwägert

◀ Helfen Verwandte oder Verschwägte im Haushalt? Dann erstatten wir den Verdienstausschall oder die Fahrkosten in angemessener Höhe.

◀ Führen andere Personen Ihren Haushalt weiter? Auch dann beteiligen wir uns an den entstandenen Kosten.

- ☐ **Dieser Dienstleister** unterstützt mich bei der Haushaltsführung

Name des Dienstleisters _____

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

◀ Falls es in Ihrem privaten Umfeld keine Möglichkeit der Unterstützung gibt, können Sie einen AOK-Vertragspartner wählen. Gerne helfen wir Ihnen bei der Suche.

Für die Unterstützung im Haushalt entstehen Kosten

- ☐ durch einen **Verdienstausschall** oder **Fahrkosten**
- ☐ für eine **selbstbeschaffte Ersatzkraft**
- ☐ für den Einsatz eines **Dienstleisters**

Meine Bankverbindung für die Erstattung ist

IBAN _____

BIC (SWIFT) _____

◀ Die IBAN und BIC finden Sie auf Ihrer Bankkarte oder Ihrem Kontoauszug.

Kontoführende Person

Name _____

Vorname _____

In meinem Haushalt leben neben mir noch weitere Personen

1. Person in meinem Haushalt

Name

Vorname

Geburtsdatum

- ☐ Diese Person kann den **Haushalt nicht weiterführen**
- ☐ Diese Person hat eine **Behinderung oder einen Pflegegrad**
- ☐ Diese Person ist vom Haushalt **regelmäßig abwesend**

Grund für die Abwesenheit

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
An folgenden Tagen							Uhrzeit von	Uhrzeit bis

◀ Reicht der Platz für alle Personen nicht aus? Dann schreiben Sie die Angaben zu weiteren Personen gerne auf ein separates Blatt Papier.

◀ Bei Kinder sind hier Einrichtungen wie Kindergarten, Schule, Hort oder ähnlich gemeint.

2. Person in meinem Haushalt

Name

Vorname

Geburtsdatum

- ☐ Diese Person kann den **Haushalt nicht weiterführen**
- ☐ Diese Person hat eine **Behinderung oder einen Pflegegrad**
- ☐ Diese Person ist vom Haushalt **regelmäßig abwesend**

Grund für die Abwesenheit

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
An folgenden Tagen							Uhrzeit von	Uhrzeit bis

3. Person in meinem Haushalt

Name

Vorname

Geburtsdatum

- ☐ Diese Person kann den **Haushalt nicht weiterführen**
- ☐ Diese Person hat eine **Behinderung oder einen Pflegegrad**
- ☐ Diese Person ist vom Haushalt **regelmäßig abwesend**

Grund für die Abwesenheit

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
An folgenden Tagen							Uhrzeit von	Uhrzeit bis

So erreichen Sie mich für Rückfragen

Festnetz-Telefon

Mobil-Telefon

E-Mail

◀ Die Angabe Ihrer Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig.

Von den Hinweisen zu den Möglichkeiten der Haushaltshilfe habe ich Kenntnis genommen. Ich bin mit den vereinbarten Erstattungssätzen (abzüglich entsprechender Zuzahlungen) einverstanden. Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Mir ist bekannt, dass zur Feststellung, ob die medizinischen Voraussetzungen für eine Haushaltshilfe erfüllt sind, möglicherweise eine Untersuchung durch einen Arzt des Medizinischen Dienstes Bayern notwendig ist. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass von Ärzten und Krankenhäusern Auskünfte über den Gesundheitszustand (z. B. Befundberichte) eingeholt werden. Diese Stellen entbinde ich hiermit von der Schweigepflicht.

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Beurteilung Ihres Antrags auf Leistungen zur Haushaltshilfe nach § 38 SGB V verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen. Möglicher Empfänger Ihrer Daten ist der Medizinische Dienst Bayern. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/bayern/datenschutzrechte oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig. Sie dient der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben.

◀ Für die Rücksendung per Post können Sie dieses Adressfeld verwenden. Noch einfacher geht es online: Einfach abfotografieren und in der Meine AOK-App hochladen oder im Onlineportal unter: **bayern.meine.aok.de**

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Service-Center
92400 Amberg