

KV-Nummer	
-----------	--

Antrag auf Haushaltshilfe

	Haushaltsführende (antragstellende) Person	Ehegatte
Name		
Vorname		
KV-Nummer/Geburtsdatum		
Telefon-Nr.*		
Tägliche regelmäßige Arbeitszeit	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr
an folgenden Wochentagen	<input type="checkbox"/> 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"/> 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
Wechselschicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Frühschicht	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr
Spätschicht	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr
Nachtschicht	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr

*Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig. Sie dient der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihrem Antrag.

<p>Der Haushalt kann von mir in dem Zeitraum vom _____ bis _____ nicht weitergeführt werden. Grund:</p> <p><input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung</p> <p><input type="checkbox"/> Stationärer Aufenthalt zur Entbindung</p> <p><input type="checkbox"/> Kuraufenthalt/Rehabilitationsmaßnahme</p> <p><input type="checkbox"/> Schwere Krankheit</p> <p><input type="checkbox"/> Akute Verschlimmerung einer Krankheit</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>
--

In meinem Haushalt leben folgende weitere Personen:	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
Nachname				
Vorname				
Geburtsdatum				
Beschäftigung	von _____ Uhr bis _____ Uhr	von _____ Uhr bis _____ Uhr	von _____ Uhr bis _____ Uhr	von _____ Uhr bis _____ Uhr an _____ Tagen
Schule	von _____ Uhr bis _____ Uhr	von _____ Uhr bis _____ Uhr	von _____ Uhr bis _____ Uhr	von _____ Uhr bis _____ Uhr an _____ Tagen
Kindergarten etc.	von _____ Uhr bis _____ Uhr	von _____ Uhr bis _____ Uhr	von _____ Uhr bis _____ Uhr	von _____ Uhr bis _____ Uhr an _____ Tagen

Antrag auf Haushaltshilfe

KV-Nummer

Die Kinder werden bisher außerhalb des Haushalts versorgt und betreut (z. B. durch Tagesmutter)

Nein

Ja, an folgenden Wochentagen:

Mo Di Mi Do

Fr Sa So von _____ bis _____ Uhr

Der Haushalt wurde bisher geführt durch

mich meinen Ehegatten gemeinsam

andere Person

Haben Sie bei einem anderen Träger (z. B. Jugendamt, Sozialamt) einen Antrag auf Kostenübernahme für die Betreuung Ihrer Kinder außerhalb des Haushalts gestellt?

Nein

Ja, am _____ bei: Name des Trägers: _____

Anschrift: _____

Haben Sie einen Pflegeantrag gestellt?

nein

ja, am _____

In der Zeit vom _____ bis _____

habe/beziehe ich

hat/bezieht mein Ehegatte

bezahlten Urlaub,

bezahlten Urlaub,

unbezahlten Urlaub,

unbezahlten Urlaub,

Sonderurlaub,

Sonderurlaub,

Winterausfallgeld/Kurzarbeitergeld

Winterausfallgeld/Kurzarbeitergeld

Kommt der Einsatz einer gewerblichen Ersatzkraft in Frage?

Ja

Nein, weil _____

Die Haushaltshilfe wird durchgeführt von

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Die Haushaltshilfe ist mit mir verwandt oder verschwägert:

Nein

Ja, und zwar wie folgt: _____

Antrag auf Haushaltshilfe

KV-Nummer

Die Haushaltshilfe wird voraussichtlich für den Zeitraum vom _____ bis _____ für folgende Tage beantragt:

Hinweise:

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Montag | von _____ bis _____ Uhr | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dienstag | von _____ bis _____ Uhr | _____ |
| <input type="checkbox"/> Mittwoch | von _____ bis _____ Uhr | _____ |
| <input type="checkbox"/> Donnerstag | von _____ bis _____ Uhr | _____ |
| <input type="checkbox"/> Freitag | von _____ bis _____ Uhr | _____ |
| <input type="checkbox"/> Samstag | von _____ bis _____ Uhr | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonntag | von _____ bis _____ Uhr | _____ |

Die Höhe der vereinbarten Vergütung für die selbstbeschaffte Haushaltshilfe beträgt:

stündlich/ täglich/ pauschal: _____ EUR

Der Aufwand der verwandten oder verschwägerten Haushaltshilfe beträgt:

Fahrkosten: _____ EUR/Tag

Verdienstausfall: _____ EUR/Tag

Bankverbindung für die Kostenerstattung der Haushaltshilfe

Die entsprechende Bankverbindung habe ich auf dem beigefügten Vordruck angegeben.

oder

Meine bei der AOK NORDWEST gespeicherte Bankverbindung soll verwendet werden.

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Prüfung und Berechnung der beantragten Haushaltshilfe nach § 38 SGB V, § 24h SGB V oder § 13 der Satzung der AOK NORDWEST erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zum Versagen der Leistung führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nw/datenschutzrechte. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund, kontakt@nw.aok.de oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@nw.aok.de.

Einwilligung

Ich bin damit einverstanden, dass die AOK NORDWEST meine Daten verarbeitet und nutzt, um mich künftig zielgerichtet per Telefon, E-Mail und SMS über die Services und Produkte der AOK NORDWEST, auch im Rahmen von Kundenbefragungen, zu informieren und zu beraten. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen - ein Anruf unter der Servicenummer 0800 265 5000 genügt.

Datum

Unterschrift antragstellende Person (bei unter 15-Jährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

**AOK NORDWEST
Die Gesundheitskasse.
58079 Hagen**

Antrag auf Haushaltshilfe – Hinweise zur ärztlichen Bescheinigung

Bitte legen Sie die beigefügte Bescheinigung dem behandelnden Arzt vor.

Sie können Ihren Haushalt nicht weiterführen, weil Sie stationär behandelt werden? In diesem Fall benötigen wir keine ärztliche Bescheinigung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse.

Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Haushaltshilfe ist notwendig, weil

- dem Versicherten/der Versicherten die Weiterführung des Haushalts wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines versicherten Angehörigen nicht möglich ist.
- dem Versicherten/der Versicherten die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist, wegen:
- schwerer Krankheit akuter Verschlimmerung einer Krankheit akuter schwerer Krankheit
- die Weiterführung des Haushalts wegen Schwangerschaft/Entbindung nicht möglich ist.

Ist Bettruhe verordnet? ja, bis _____ nein

Diagnose/n: _____

Befund/e: _____

Therapie/n: _____

(Befunde/Berichte bitte in Kopie beifügen)

Die Versicherte/der Versicherte kann aus oben stehenden Grund den Haushalt vom _____ bis _____ selbst nicht weiterführen.

Haushaltshilfe ist medizinisch erforderlich: täglich _____ Stunden an _____ Tagen/Woche

Für welche Tätigkeiten im Haushalt wird aus oben stehendem Grund eine Haushaltshilfe benötigt?

Zubereiten der Mahlzeiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Reinigen der Wohnung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beaufsichtigen und Betreuen der Kinder	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Einkaufen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wurde für den gleichen Zeitraum häusliche Krankenpflege beantragt? ja nein

Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes/der Ärztin/Hebamme

- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01620 EBM berechnungsfähig -

Hinweis: Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, sind die angeforderten Auskünfte zur Prüfung des Leistungsanspruchs auf Haushaltshilfe notwendig (§ 100 SGB X i. V. m. § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V).

