



# Antrag auf Haushaltshilfe

Bitte vollständig ausfüllen!

AOK Rheinland/Hamburg  
Die Gesundheitskasse

Seite 2

Vorname	Name	Versichertennummer
---------	------	--------------------

Haushaltshilfe/Kinderbetreuung ist wie folgt erforderlich:

Wochentag:	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Stunden/tgl.:							

Im Haushalt leben folgende Personen:

Vorname	Name	Geburtsdatum	<sup>1</sup> Weiterführung des Haushaltes möglich?
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil

<sup>1</sup> falls die Weiterführung des Haushaltes durch Schichtdienst oder Arbeitssuche (Vorstellungsgespräche etc.) nicht möglich ist, bitte entsprechende Nachweise beifügen. In den übrigen Fällen ist Ihre schriftliche Begründung auf diesem Antrag ausreichend. Vielen Dank.

Die Haushaltsführung/Kinderbetreuung erfolgt für die Dauer der Erkrankung durch:

Vorname Name

PLZ Wohnort Straße, Hausnummer

Ist diese Person mit der/dem Erkrankten verwandt oder verschwägert?

nein  ja

Verwandtschafts-/Schwägerschaftsverhältnis

**Verdienstausschlag** der o. g. Person:

- bezahlter Urlaub vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- bezahlte Freistellung (z. B. Sonderurlaub) vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- unbezahlter Urlaub vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Erstattung der Kosten** für o. g. Person (Bitte Bestätigung einreichen):

in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR je Stunde/je Tag (Unzutreffendes bitte streichen!)

**Auswärtige Unterbringung** des/der Kindes(r) (Bitte Bestätigung einreichen!):

ja  nein

Wenn ja, es entstehen Kosten in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR je Tag/Monat (Unzutreffendes bitte streichen!)

Ich bitte um Erstattung auf mein Konto:

Name des Geldinstitutes: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift)

## Antrag auf Haushaltshilfe

Bitte vollständig ausfüllen!

AOK Rheinland/Hamburg  
Die Gesundheitskasse

Seite 3

Vorname	Name	Versichertennummer
---------	------	--------------------

Ich versichere, sämtliche Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht zu haben.

### Wichtiger Hinweis:

Die Vergütung als Haushaltshilfe kann sozialversicherungspflichtig sein und den Anspruch auf die kostenfreie Familienversicherung unterbrechen. Sie sind verpflichtet den Sozialversicherungsträger über Ihre Vergütung als Haushaltshilfe zu informieren, damit dort geprüft werden kann, ob sich eine versicherungsrechtliche Auswirkung ergibt.

**Unser Tipp:** Sprechen Sie zusätzlich Ihr Finanzamt auf etwaige steuerrechtliche Auswirkungen an.

Ort, Datum

Unterschrift

**Versicherte haben ab Vollendung des 18. Lebensjahres für jeden Kalendertag der Erstattung eine Zuzahlung von 10 % (mindestens 5 EUR, höchstens 10 EUR) zu leisten. Dies gilt nicht, wenn die Haushaltshilfe aufgrund einer Schwangerschaft oder Entbindung notwendig ist oder Sie bereits Ihre persönliche Belastungsgrenze nach § 62 SGB V erreicht haben und somit von den Zuzahlungen befreit sind.**

**Datenschutzhinweis:** Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und Nr. 6 SGB V zum Zwecke der Prüfung der Leistungspflicht und Erbringung von Haushaltshilfe nach § 38 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen 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 [aok.de/rh/datenschutzrechte](http://aok.de/rh/datenschutzrechte) oder stellen wir Ihnen auf Wunsch zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland/Hamburg, Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf, oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@rh.aok.de](mailto:datenschutz@rh.aok.de).

Die mit „\*“ gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, erlauben uns aber eine schnelle und unbürokratische Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Krankenversicherung und vielfältigen Leistungs- und Serviceangeboten der AOK Rheinland/Hamburg. Dieser Nutzung können Sie jederzeit widersprechen.

**Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe**

AOK Rheinland/Hamburg  
Die Gesundheitskasse

Vorname	Name	Versichertennummer
---------	------	--------------------

Haushaltshilfe ist erforderlich

vom  bis

wegen folgender Erkrankung(en):

Diagnose(n)
-------------

Es handelt sich hierbei um\*

- eine akute Erkrankung
- eine chronische Erkrankung
- einen akuten Schub einer chronischen Erkrankung

(\* Bitte Zutreffendes ankreuzen.)

Aufgrund dieser Erkrankung(en) ist die Haushaltsführung zurzeit\*

- gar nicht
- nur eingeschränkt möglich.

(\* Bitte Zutreffendes ankreuzen.)

Haushaltshilfe ist daher erforderlich.

Ausführliche medizinische Begründung zur Einschränkung der Haushaltsführung:

<p>Es liegen Funktionseinschränkungen in folgenden Bereichen vor:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Zubereiten der Mahlzeiten</li><li><input type="checkbox"/> Reinigen der Wohnung</li><li><input type="checkbox"/> Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder</li><li><input type="checkbox"/> Einkaufen</li><li><input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. Wäsche)</li></ul>
---

Ort, Datum
------------

Stempel, Unterschrift des Arztes
----------------------------------

- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01620 BMÄ/E-GO berechnungsfähig. -

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Prüfung der Leistungspflicht und Erbringung von Haushaltshilfe nach § 38 SGB V erhoben und verarbeitet. Sie sind nach § 294 SGB V verpflichtet, uns die erforderlichen Angaben zu machen.