

Antrag auf Haushaltshilfe

Bitte vollständig ausfüllen!

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

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

An der Weiterführung des Haushalts ist verhindert:

Vorname Name	Geburtsdatum	Familienstand
PLZ	Wohnort	Straße/Hausnummer
		Telefonnummer (*freiwillige Angabe)

wegen:

- Krankenhausbehandlung
- Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme
- akuter schwerer Krankheit (Bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)
- akuter Verschlimmerung einer Krankheit (Bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)
- Schwangerschaft (Bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)
- Entbindung

Ursache der Erkrankung:

- Arbeits-/Wegeunfall Sonstiger Unfall:

Zeitraum der Verhinderung:

vom bis

Im Haushalt lebt mindestens **ein** Kind, das

- das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat
- behindert und auf Hilfe angewiesen ist

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname Name des Kindes	Geburtsdatum

Werden für dieses Kind Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen?

- ja nein
 nein, im Haushalt leben keine Kinder

Die Haushaltsführung/Betreuung des/der Kindes(r) erfolgte bisher:

- durch Erkrankte(n) alleine
- durch Ehegatten/Lebenspartner alleine (Unzutreffendes bitte streichen)
- durch Erkrankte(n) und Ehegatten/Lebenspartner gemeinsam (Unzutreffendes bitte streichen)
- durch andere Person: (Bitte angeben)

Kindergarten/-hort von bis Uhr

Schulbesuch von bis Uhr

Sonstige Einrichtung: von bis Uhr

Bitte auch die Fragen der nächsten Seite beantworten >

AOK-Clarimedis ServiceCenter: 0800 0 326326 – 24-Stunden-Service – www.aok.de/rh

Öffnungszeiten:
Montag bis Freitag 08:00 bis 18:00 Uhr

Bankverbindung:
Commerzbank AG Düsseldorf
BIC COBADEFFXXX
IBAN DE24 3004 0000 0180 3840 00

Hamburger Sparkasse
BIC HASPDEHHXXX
IBAN DE31 2005 0550 1237 1234 09

Institutionskennzeichen 104212505

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

¹Weiterführung des Haushaltes möglich?

ja nein, weil

ja nein, weil

ja nein, weil

ja nein, weil

ja nein, weil

¹

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

Verwandschafts-/Schwägerschaftsverhältnis

Verdienstaussfall 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 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.

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"><input type="checkbox"/> Zubereiten der Mahlzeiten<input type="checkbox"/> Reinigen der Wohnung<input type="checkbox"/> Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder<input type="checkbox"/> Einkaufen<input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. Wäsche)

--

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.

**Angaben unseres Mitglieds bezüglich der Vergütung
der Haushaltshilfe-Ersatzkraft**

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

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

Für die geleistete Haushaltshilfe vom bis

habe ich an Frau/Herrn
Vorname Name

wohnhaft
PLZ Ort Straße, Hausnummer

einen Betrag in Höhe von insgesamt: EUR gezahlt.

Wichtiger Hinweis:

Bitte fügen Sie uns eine Kopie des Zahlungsbeleges (z. B. Kontoauszug) bei.

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und 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 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.

Datum

Unterschrift des Versicherten

Bestätigung der Ersatzkraft

Vorname Name

Geb. Datum

wo krankenversichert?

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Ich bin berufstätig? nein ja, an Stunden wöchentlich.

In meinem Haushalt leben Kinder? nein ja, Anzahl:

Die Kinderbetreuung erfolgte in meinem Haushalt

im Haushalt der Erkrankten

Ich habe wie folgt Haushaltshilfe geleistet:

Datum	Uhrzeit von - bis	Stunden	Datum	Uhrzeit von - bis	Stunden	Datum	Uhrzeit von - bis	Stunden

zusammen:

zusammen:

zusammen:

Ich habe für Tage/ Stunden insgesamt EUR erhalten.

Die Angaben über die vereinbarte Stundenzahl und Höhe der Vergütung werden von mir hiermit bestätigt. Ich lebe/lebe bisher nicht im Haushalt von .

Bitte beachten Sie:

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 der Ersatzkraft

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. Damit wir unsere Aufgabe Kostenerstattung der erbrachten Aufwendungen im Sinne des § 38 SGB V rechtmäßig erfüllen können, sind die angeforderten Auskünfte notwendig.