

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.

Der Haushalt kann von mir in dem Zeitraum vom _____ bis _____ nicht weitergeführt werden. Grund:

Krankenhausbehandlung
 Stationärer Aufenthalt zur Entbindung
 Kuraufenthalt/Rehabilitationsmaßnahme
 Schwere Krankheit
 Akute Verschlimmerung einer Krankheit
 Sonstiges _____

In meinem Haushalt leben folgende weitere Personen:

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
Nachname				
Vorname				
Geburtsdatum				
Beschäftigung	von _____ Uhr bis _____ Uhr an _____ Tagen			
Schule	von _____ Uhr bis _____ Uhr an _____ Tagen			
Kindergarten etc.	von _____ Uhr bis _____ Uhr an _____ Tagen			

Antrag auf Haushaltshilfe

Versichertennummer: _____

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 _____

Berufstätigkeit während der Haushaltshilfe nein ja von _____ Uhr bis _____ Uhr

Die Haushaltshilfe ist mit mir verwandt oder verschwägert:

Nein

Ja, und zwar wie folgt: _____

Antrag auf Haushaltshilfe

Versichertennummer: _____

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

Verdienstaussfall: _____ 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 § 24h SGB V oder § 38 SGB V 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. Verantwortlich ist die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.

Einwilligung zu Werbezwecken

Ich bin damit einverstanden, dass die AOK NordWest meine Daten verarbeitet und nutzt, um mich künftig per Telefon, E-Mail und SMS über die Services, Produkte und Leistungsangebote der AOK NordWest, sowie zu privaten Krankenzusatzversicherungen ihres Kooperationspartners zu informieren. Ich willige in Befragungen zur Qualitätsmessung und Kundenzufriedenheit ein. Diese Einwilligungen kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen – ein Anruf unter der Servicenummer 0800 265 5000 genügt.

Datenschutzhinweis: Unabhängig von Ihrem o. g. Antrag werden Ihre Daten zu Werbezwecken genutzt, wenn Sie o. g. Einwilligungserklärung ankreuzen und unterschreiben. Diese Datenerhebung erfolgt auf Basis von Art. 6 Abs. 1 Buchst. a) DSGVO. 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. Verantwortlich ist die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.

Datum

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

**AOK NordWest
Die Gesundheitskasse.
58079 Hagen**

Name der/des Versicherten

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Krankenversicherungsnummer

Angabe der Bankverbindung

Erstattung des Anteils an den Kosten für eine Haushaltshilfe nach § 38 SGB V

Es wird um die Erstattung auf folgendes Konto gebeten:

Name des Kreditinstituts

BIC

IBAN

Vorname, Name und Geburtsdatum des/der Kontoinhabers/-in, **falls abweichend**

Adresse (Straße, PLZ und Ort) des/der Kontoinhabers/-in, **falls abweichend**

Unterschrift des/der Kontoinhabers/in, **falls abweichend**

Die Bankverbindung gilt für **diese** und **alle** zukünftigen Erstattungen/Auszahlungen der AOK NordWest. Die alte(n) bei der AOK NordWest gespeicherten Bankverbindung(en) wird/werden beendet und nur noch die oben genannte Bankverbindung soll genutzt werden.

Erteilte SEPA-Lastschriftmandate bleiben hiervon unberührt.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben. Mir ist bekannt, dass ich eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich der AOK NordWest mitzuteilen habe.

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs.1 SGB V für die Aufgaben der Krankenversicherung und § 94 Abs. 1 SGB XI für die Aufgaben der Pflegeversicherung zum Zwecke der Erstattung erhoben und verarbeitet. 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/nw/datenschutzrechte. Verantwortlich ist die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.

Datum

Unterschrift Antragssteller/-in

Telefonnummer für Rückfragen

Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Haushaltshilfe ist notwendig, weil

o.g. Person die Weiterführung des Haushalts wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Mitaufnahme zur stationären Behandlung einer versicherten angehörigen Person ab _____ nicht möglich ist.

o.g. Person die Weiterführung des Haushalts vorübergehend nicht möglich ist, wegen:

(akuter) schwerer Krankheit akuter Verschlimmerung einer Krankheit

Datum ambulante OP/Krankenhausbehandlung bzw. Entlassungsdatum stationäre Behandlung oder Krankheitsbeginn: _____

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)

Der Haushalt kann aus diesen medizinischen Gründen vom _____ bis _____ selbst nicht mehr oder nur eingeschränkt weitergeführt werden.

Für welche Tätigkeiten im Haushalt wird daher 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 |
| Wäsche waschen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bügeln | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Heben und Tragen ab _____ kg | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Einkaufen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Beaufsichtigen und Betreuen der Kinder | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wurde für den gleichen Zeitraum häusliche Krankenpflege beantragt? ja nein

Datum

Stempel/Unterschrift Ärztin/Arzt/Geburtshelfende