

Antrag auf Haushaltshilfe

	Mitglied							Ehegatte						
Name, Vorname:														
Geburtsdatum:														
Familienstand:														
Anschrift:														
KV-Nummer:														
Tätigkeit/Beruf:														
Arbeitgeber:														
Berufstätig an folgenden Arbeitstagen:	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Uhrzeit: von														
bis														
Krankenkasse:														

Folgende Personen / Kinder leben zusätzlich in meinem Haushalt:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Schul- oder Kindergartenbesuch (von-bis)	Behindert	
			Ja	Nein

Eine Haushaltshilfe ist notwendig weil

ich mein Ehegatte

vom _____ bis _____

- im Krankenhaus in _____
- in Kur
- im häuslichen Bereich akut schwer erkrankt (bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)
- schwanger (bitte ärztl. Bescheinigung beifügen)

bin/ist und der Haushalt bzw. die Kinderbetreuung nicht weitergeführt werden kann.

- Ich beantrage
- Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushalts durch Verwandte
 - Ersatz für Verdienstausschlag wegen unbezahltem Urlaub
 - angemessenen Kostenersatz für eine selbst beschaffte fremde Haushaltshilfe
 - Kostenersatz für Haushaltshilfe durch Ersatzkraft einer karitativen Einrichtung wie z.B. Sozialstation

Die Gewährung von Haushaltshilfe ist notwendig, weil keine der im Haushalt lebenden Personen den Haushalt weiterführen kann. Der Haushalt wurde bisher von mir von meinem Ehegatten geführt.

Ich bestätige, dass ich alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe.

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter der Telefon-Nr.: _____ zu erreichen.

Datum

Unterschrift des Mitglieds

Abrechnung der Haushaltshilfe

Personalien der Haushaltshilfe			
Name, Vorname u. ggf. Geburtsname	Geburtstag	Familienstand	berufstätig ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Anschrift		Mit dem Vers. verwandt od. verschwägert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar	

Leistungsnachweis der Haushaltshilfe											
Datum	Uhrzeit von-bis	Std.	Datum	Uhrzeit von-bis	Std.	Datum	Uhrzeit von-bis	Std.	Datum	Uhrzeit von-bis	Std.
										insgesamt	

Ich bestätige, dass über die gesamte Zeit die Haushaltshilfe von keiner im Haushalt lebenden Person erbracht werden konnte und auch von keiner anderen Stelle für die Haushaltshilfe Leistungen gewährt werden.

Ich bitte, mir den Betrag auf mein Konto zu überweisen.

Konto-Nr. _____ bei (Bank) _____ BLZ _____

Datum

Unterschrift des Mitglieds

Empfangsbestätigung der Haushaltshilfe (gilt nicht für Verwandte)

Ich bestätige, dass ich vom Versicherten folgenden Betrag erhalten habe.

_____ Stunden je EUR _____ EUR _____
sowie folgende Auslagen:

_____ EUR _____

_____ EUR _____

Datum

Unterschrift der Haushaltshilfe

Auslagenersatz bei Verwandten

Fahrkosten

_____ mal von _____ nach _____ EUR _____

Verdienstausfall lt. beiliegender Bescheinigung des Arbeitgebers
sowie folgende Auslagen:

_____ EUR _____