

Mein Antrag auf Haushaltshilfe

Versicherte/r		Versichertennummer: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 150px; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																			
Name	Vorname	Geb.-Datum			Telefonnummer																
Haushaltshilfe wird beantragt vom _____ bis _____																					
Haben Sie einen Pflegegrad beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																					
Warum benötigen Sie Haushaltshilfe? * bitte ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit beifügen																					
<input type="checkbox"/> wegen Krankenhausaufenthalt oder zur Entbindung																					
<input type="checkbox"/> wegen Kuraufenthalt, Kostenträger: _____																					
<input type="checkbox"/> wegen Einschränkungen während der Schwangerschaft oder nach der Entbindung*																					
<input type="checkbox"/> wegen schwerer Krankheit*																					
<input type="checkbox"/> wegen stationärer Mitaufnahme als Begleitperson des Kindes: _____																					
Die Erkrankung beruht ggf. auf:																					
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall/Berufskrankheit		<input type="checkbox"/> BVG-Versorgungsleiden		<input type="checkbox"/> Drittverschulden/Unfall																	
Wer hat den Haushalt bisher geführt?																					
<input type="checkbox"/> ich selbst <input type="checkbox"/> der Ehegatte/die Ehegattin <input type="checkbox"/> andere Personen																					
Folgende Personen leben in meinem Haushalt (bitte ausfüllen): <input type="checkbox"/> niemand																					
Diese sind zu den angegebenen Zeiten auf Arbeit, im Kindergarten/Schule/in Betreuung:																					
Name, Vorname	Geburtsdatum	Montag von-bis	Dienstag von-bis	Mittwoch von-bis	Donnerstag von-bis	Freitag von-bis															
Wer führt den Haushalt weiter? Wer übernimmt die Kinderbetreuung?																					
<input type="checkbox"/> Privatperson			<input type="checkbox"/> Soziale Einrichtung																		
Name, Vorname: _____			Bezeichnung: _____																		
Anschrift: _____			Anschrift: _____																		
_____			_____																		
ist mit mir <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwandt/verschwägert,			IK-Nummer: _____																		
oder: _____																					
Welche Kosten entstehen Ihnen dadurch? Art: _____ Höhe: _____ Euro																					
Die Haushaltshilfe wird voraussichtlich an ____ Stunden pro Tag/ ____ Stunden pro Woche für folgende																					
Aufgaben benötigt: <input type="checkbox"/> Einkaufen <input type="checkbox"/> Kinderbetreuung <input type="checkbox"/> Nahrungszubereitung																					
<input type="checkbox"/> Sauberhalten der Wohnung <input type="checkbox"/> Wäsche waschen																					
_____			_____																		
Datum			Unterschrift																		

Hinweis zum Datenschutz:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs.1 Satz 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zum Zwecke der Prüfung des Anspruches auf Haushaltshilfe nach §§ 24 h, 38 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/plus/datenschutzrechte. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die AOK PLUS oder den Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@plus.aok.de.