

Name, Vorname des/der Versicherten KV-Nummer

Name, Vorname des/der Familienversicherten KV-Nummer

Anschrift Telefon\*

**Bescheinigung der Ersatzkraft über geleistete Haushaltshilfe**

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Ersatzkraft:**

Name, Vorname Verwandtschafts-/Schwägerschaftsverhältnis

Straße Postleitzahl Wohnort

Berufstätigkeit bei Telefon\*

**Geleistete Hilfe im Haushalt der/des Versicherten**

Datum/Zeitraum	Arbeitszeit im Haushalt		Arbeitsstunden	Erhaltendes Arbeitsentgelt - Vergütung	
	Beginn	Ende		je Stunde EUR	Gesamt EUR

<p><b>Bestätigung der Ersatzkraft</b></p> <p>Ich bestätige hiermit, von                  Frau/Herr _____                  für die geleistete Haushaltshilfe eine Gesamtvergütung                  von _____ EUR erhalten zu haben.</p> <p>_____                  Ort, Datum, Unterschrift</p>	<p><b>Bestätigung der/des Versicherten</b></p> <p>Ich bestätige hiermit, dass                  Frau/Herr _____                  während der aufgeführten Zeiten in meinem Haushalt tätig                  war.</p> <p>_____                  Ort, Datum, Unterschrift</p>
---	---

**Datenschutzhinweis:**  
 Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zur Prüfung des Anspruchs auf Haushaltshilfe nach § 38 SGB V, § 24h SGB V oder § 54 SGB IX erhoben und verarbeitet. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen hinsichtlich der Leistungsansprüche führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/hessen/datenschutzrechte](http://aok.de/hessen/datenschutzrechte). Die mit \* gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.