

Antrag auf Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)

Name, Vorname des/der Versicherten KV-Nummer

Name, Vorname des/der Familienversicherten KV-Nummer

Anschrift Telefon *

Bankverbindung

BIC Kreditinstitut

IBAN Kontoinhaber

Ich beantrage Haushaltshilfe wegen

- meiner stationären Behandlung
- der stationären Behandlung meines Ehegatten im _____
Krankenhaus/Entbindungsanstalt/Kurklinik

Kostenträger: _____ Aufenthalt vom _____ bis _____

- der Unmöglichkeit der Weiterführung des Haushalts durch
 - meine Krankheit
 - die Krankheit meines Ehegatten ab dem _____

Eine ärztliche Bescheinigung, dass die Weiterführung des Haushalts wegen akuter Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist, ist beigefügt.

Ursache der Erkrankung

- Arbeitsunfall
- Berufskrankheit
- Versorgungsleiden
- Schädigung eines Dritten
- Sonstige Erkrankung

In meinem Haushalt leben folgende Personen: (erforderlich sind auch die Angaben zur eigenen Person)

Zu- und Vorname	Geburtsdatum	Verwandschafts- verhältnis	Arbeitszeit, Schul- oder Kindergartenbesuch von bis	Tage pro Woche	Mitglied welcher Krankenkasse?
Antragsteller/in		_____			
Ehegatte		_____			
Kind					
Kind					
Kind					
Kind					
sonstige Angehörige/Personen					

Von welchen Personen ist der Haushalt bisher (ganz oder teilweise) geführt worden?

Warum kann eine **im Haushalt lebende Person** den Haushalt nicht weiterführen (z.B. Beschäftigung in Vollzeit, Schicht- oder Wechseldienst, Behinderung, Alter, etc.)?

(Die Angaben sind erforderlich für Personen ab vollendetem 16. Lebensjahr)

Name, Vorname des/der Versicherten

KV-Nummer

Werden die Kinder im eigenen Haushalt betreut?

- Ja Nein, die Kinder werden betreut von/bei
 Nein, unser Kind/unsere Kinder wird/werden wir an den Rehabilitationsort mitnehmen.

Ich/Mein Ehegatte nimmt unbezahlten Urlaub vom _____ bis _____

Ich nehme mir die folgende Ersatzkraft:

Name, Vorname

Verwandschafts-/Schwägerschaftsverhältnis

Anschrift

Postleitzahl

Wohnort

Berufstätigkeit bei

Telefon *

Wenn sich etwas ändert, was den weiteren Erstattungsanspruch in Frage stellt, informiere ich sofort die AOK.

Datum, Unterschrift der/des Versicherten

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. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I in Verbindung mit § 99 SGB X erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen hinsichtlich der Leistungsansprüche führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/hessen/datenschutzrechte. Die mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.