

Absender

Versicherungsnummer

Anlage zum Leistungsantrag

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

---

## Erklärung zur Familien- und Haushaltshilfe

Anlage zum Leistungsantrag

### 1. Angaben zur haushaltsführenden Person

Die haushaltsführende Person ist/war Mitglied oder mitversichert und kann den Haushalt nicht weiterführen.

Haushaltsführende Person

Vorname

Name

Geburtsdatum

Die haushaltsführende Person ist berufstätig

Ja

Nein

Wenn ja, dann machen Sie bitte folgende  
Zusatzangaben zum zeitlichen Umfang der  
Berufstätigkeit

Anzahl der Tage  
pro Woche

Uhrzeit von

Uhrzeit bis

Anzahl der Tage  
pro Woche

Uhrzeit von

Uhrzeit bis

Eine Familien- und Haushaltshilfe wird für die  
folgende Zeit beantragt, da **keine** andere im  
Haushalt lebende Person den Haushalt  
weiterführen kann.

Von

Bis

Kann eine andere im Haushalt lebende  
Person den Haushalt weiterführen?

Ja

Nein

Wenn nein, aus welchem Grund nicht ( bitte  
ärztliche Bescheinigung vorlegen):

---

## 2. Voraussetzungen für eine Familien- und Haushaltshilfe

Für die Anerkennung einer Familien- und Haushaltshilfe liegt folgende Voraussetzung vor:

Eine pflegebedürftige Person

Vorname

Name

verbleibt im Haushalt

Art der Pflegebedürftigkeit

Vorliegen eines Pflegegrades (1-5)

oder sonstige Pflegebedürftigkeit

Beschreibung der sonstigen Pflegebedürftigkeit

Mindestens ein Kind unter 12 Jahren (Bitte Daten des Kindes/der Kinder in die Tabelle einfügen)

verbleibt im Haushalt

wird in einem Heim oder einem fremden Haushalt untergebracht

|        | Vorname | Name | Geburtsdatum | Betreuung außerhalb des Haushalts, z.B. Tagesmutter, Schule, Kindergarten |             | Tage pro Woche |
|--------|---------|------|--------------|---|-------------|----------------|
|        |         |      |              | Uhrzeit von   | Uhrzeit bis |                |
| Kind 1 |         |      |              |   |             |                |
| Kind 2 |         |      |              |   |             |                |

Ich bin ein allein lebendes Mitglied und kann meinen Haushalt nicht weiterführen.

---

## 3. Gründe weshalb die haushaltsführende Person den Haushalt nicht weiterführen kann

Die haushaltsführende Person

kann den Haushalt nicht weiterführen wegen einer notwendigen **außerhäuslichen Unterbringung** in der Zeit

Von

Bis

Eine außerhäusliche Unterbringung liegt vor, bei:

- Krankenhausbehandlung
- Palliativversorgung im Hospiz
- Unterkunft wegen auswärtiger Behandlung
- Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen und Suchtbehandlungen
- Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen am Kurort
- Vollstationäre Pflege
- Komplextherapie und integrierter Versorgung

kann aufgrund einer schweren Krankheit oder einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt, unmittelbar nach einer ambulanten Operation oder unmittelbar nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung die Führung des Haushaltes noch nicht wieder übernehmen  
Bitte auf **Seite 5** des Antrages von der behandelnden ärztlichen Person bestätigen lassen.

Von

Bis

**vermeidet** durch den Einsatz einer Familien- und Haushaltshilfe einen medizinisch notwendigen **stationären Krankenhausaufenthalt** (bitte auf **Seite 5** des Antrages von der behandelnden ärztlichen Person bestätigen lassen).

kann aus folgendem Grund den Haushalt nicht weiterführen:

(z. B. ein Kind wird stationär behandelt und die haushaltsführende Person wird aus medizinischen Gründen als Begleitperson ebenfalls im Krankenhaus aufgenommen.).

ist verstorben.

---

#### 4. Durchführung und Kosten der Familien- und Haushaltshilfe

Die Familien- und Haushaltshilfe wird erbracht von einer/einem

- a) Ersatzkraft  
professionellen Haushaltshilfe

In diesen Fällen sind grundsätzlich höchstens **15 Euro pro Stunde bzw. höchstens 8 Stunden pro Tag** erstattungsfähig. Reichen Sie in diesem Fall bitte diese Erklärung inklusive Leistungsantrag und Rechnung bei uns ein. Die Rechnung sollte dabei folgende Angaben enthalten: Rechnungsaussteller, Rechnungsempfänger, Auflistung der geleisteten Stunden und Tätigkeiten mit den jeweiligen Betragsangaben und die Unterschrift des Rechnungsaussteller über den Erhalt des Rechnungsbetrages.

- b) Ehepartner\*in  
eingetrag. Lebenspartner\*in  
Elternteil  
Kind

Wird die Familien- und Haushaltshilfe durch **nahe Angehörige** wahrgenommen, können der nachgewiesene Verdienstaufschlag und entstandene Fahrtkosten erstattet werden.

Es wurde unbezahlter Urlaub  
genommen für die Zeit

Von

Bis

Bitte fügen Sie eine Bescheinigung des Arbeitgebers über den unbezahlten Urlaub mit Angabe der Anzahl der Arbeitstage sowie eine Bescheinigung über die Höhe des ausgefallenen Nettoarbeitslohnes für diese Tage bei.

Es wurde Pflegeunterstützungsgeld in  
Anspruch genommen für die Zeit

Von

Bis

Es werden Fahrtkosten des/der nahen Angehörigen beantragt:  
In Höhe von Euro

für die Benutzung von  
öffentlicher Verkehrsmittel  
eines PKW

Anzahl der Fahrten

Entfernung Hin- und Rückweg pro Fahrt in km

Bei einer PKW-Benutzung werden 0,20 € je km und höchstens 130 € anerkannt

Weitere Angaben zur Person der  
Familien- und Haushaltshilfe

Vorname

Name

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Verwandschaftsverhältnis

Die Familien- und Haushaltshilfe wird  
durchgeführt in:

meinem Haushalt

einem Heim

einem fremden Haushalt

## Bescheinigung der behandelnden ärztlichen Person für eine Familien- und Haushaltshilfe

---

Die haushaltsführende Person

Vorname

Name

benötigt nach dem Ende einer ambulanten bzw. stationären Operation für maximal 28 Tage eine Familien- und Haushaltshilfe

Datum der ambulanten Operation bzw.  
der Krankenhausentlassung

benötigt aufgrund einer schweren Krankheit oder einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit für maximal 28 Tage eine Familien- und Haushaltshilfe

Von

Bis

benötigt eine Familien- und Haushaltshilfe zur Vermeidung eines an sich medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthaltes

Ein an sich medizinisch notwendiger Kranken-  
hausaufenthalt wird durch die Familien- und  
Haushaltshilfe vermieden für die Zeit

Von

Bis

---

### Angabe der Diagnose und ärztliche Begründung für die Familien- und Haushaltshilfe:

---

Ort, Datum

---

Stempel und Unterschrift der behandelnden ärztlichen Person

Art der zu erbringenden Tätigkeiten:

Häufigkeit (z. B. 1x wöchentlich, 2x täglich):

Anzahl der benötigten Stunden (z.B. Stunden pro Tag bzw. pro Woche):

Absender

Versicherungsnummer

Anlage zum Leistungsantrag

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

---

**Rechnung über Aufwendungen für eine selbstbeschaffte Familien- und Haushaltshilfe**


---

**Eine Familien- und Haushaltshilfe war erforderlich für**

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

**Angaben der Familien- und Haushaltshilfe**

Vorname

Nachname

Anschrift

**Tätigkeiten der Familien- und Haushaltshilfe**

An folgenden Tagen wurden Leistungen erbracht

| Datum<br>(TT.MM.JJJJ)                                     | Uhrzeit<br>(von / bis) | Anzahl der Stunden | Tätigkeiten |
|---|------------------------|--------------------|-------------|
|   |                        |                    |             |
|   |                        |                    |             |
|   |                        |                    |             |
|   |                        |                    |             |
|   |                        |                    |             |
|   |                        |                    |             |
|   |                        |                    |             |
| <b>Stunden gesamt</b>                                     |                        |                    |             |
| <b>Betrag in € gesamt<br/>(15 € x Anzahl der Stunden)</b> |                        |                    |             |

---

**Fahrtkosten**

Es werden Fahrtkosten beantragt: In Höhe von Euro

öffentliche Verkehrsmittel

PKW

Anzahl der Fahrten

Entfernung Hin-Rückweg pro Fahrt in km

Bei einer PKW-Benutzung werden 0,20 € je km und höchstens 130 € je Tag anerkannt.

Ort, Datum

---

Unterschrift Mitglied bzw. bevollmächtigte Person

**Von der Familien- und Haushaltshilfe zu bestätigen:**

Ich habe den Betrag in Höhe von \_\_\_\_\_ € erhalten.

Ort, Datum

---

Unterschrift Familien- und Haushaltshilfe