

AOK NordWest
Die Gesundheitskasse.
58079 Hagen

Versichertennummer: _____

Antrag auf Haushaltshilfe

	Haushaltsführende (antragstellende) Person	Ehegatte
Name		
Vorname		
KV-Nummer/Geburtsdatum		
Telefon-Nr.*		
Tägliche regelmäßige Arbeitszeit (inklusive Fahrzeit)	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr
an folgenden Wochentagen	☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr ☐ Sa ☐ So	☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr ☐ Sa ☐ So
Wechselschicht	☐ Ja ☐ nein	☐ Ja ☐ nein
Frühschicht	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr
Spätschicht	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr
Nachtschicht	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr

*Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig. Sie dient der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihrem Antrag.

Der Haushalt kann von mir in dem Zeitraum vom _____ bis _____ nicht weitergeführt werden. Grund:

- | | |
|--|--|
| ☐ Krankenhausbehandlung | ☐ Kuraufenthalt/Rehabilitationsmaßnahme |
| ☐ Stationärer Aufenthalt zur Entbindung | ☐ Schwere Krankheit |
| ☐ Akute Verschlimmerung einer Krankheit | ☐ Sonstiges _____ |

In meinem Haushalt leben folgende weitere Personen:

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	
Nachname					
Vorname					
Geburtsdatum					
Beschäftigung	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr	an _____ Tagen
Schule	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr	an _____ Tagen
Kindergarten etc.	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr	an _____ Tagen

Antrag auf Haushaltshilfe

Versichertennummer: _____

Die Kinder werden bisher (zeitweise) außerhalb des Haushalts versorgt und betreut (z. B. durch Großeltern, Tagesmutter)

☐ Nein

☐ Ja, an folgenden Wochentagen:

☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do

☐ Fr ☐ Sa ☐ So von _____ bis _____ Uhr

Der Haushalt wurde bisher geführt durch

☐ mich ☐ meinen Ehegatten ☐ gemeinsam

☐ andere Person

Haben Sie bei einem anderen Träger (z. B. Jugendamt, Sozialamt) einen Antrag auf Kostenübernahme für die Betreuung Ihrer Kinder außerhalb des Haushalts gestellt?

☐ Nein

☐ Ja, am _____ bei: Name des Trägers: _____

Anschrift: _____

Haben Sie einen Pflegeantrag gestellt?

☐ Nein ☐ Ja, am _____

Haben Sie häusliche Krankenpflege beantragt?

☐ Nein ☐ Ja, am _____

In der Zeit vom _____ bis _____

☐ habe/beziehe ich

☐ bezahlten Urlaub,

☐ unbezahlten Urlaub,

☐ Sonderurlaub,

☐ Winterausfallgeld/Kurzarbeitergeld

☐ hat/bezieht mein Ehegatte

☐ bezahlten Urlaub,

☐ unbezahlten Urlaub,

☐ Sonderurlaub,

☐ Winterausfallgeld/Kurzarbeitergeld

Kommt der Einsatz einer gewerblichen Ersatzkraft in Frage?

☐ Ja ☐ Nein, weil _____

Die Haushaltshilfe wird durchgeführt von

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Berufstätigkeit während der Haushaltshilfe ☐ Nein ☐ Ja von _____ bis _____ Uhr

Die Haushaltshilfe ist mit mir verwandt oder verschwägert:

☐ Nein ☐ Ja und zwar wie folgt: _____

Antrag auf Haushaltshilfe

Versichertennummer: _____

Die Haushaltshilfe wird voraussichtlich für den Zeitraum vom _____ bis _____
für folgende Tage beantragt:

	Hinweise:
☐ Montag von _____ bis _____ Uhr	
☐ Dienstag von _____ bis _____ Uhr	
☐ Mittwoch von _____ bis _____ Uhr	
☐ Donnerstag von _____ bis _____ Uhr	
☐ Freitag von _____ bis _____ Uhr	
☐ Samstag von _____ bis _____ Uhr	
☐ Sonntag von _____ bis _____ Uhr	

Die Höhe der vereinbarten Vergütung für die selbstbeschaffte Haushaltshilfe beträgt:

☐ stündlich / ☐ täglich / ☐ pauschal: _____ EUR

Der Aufwand der verwandten oder verschwägerten Haushaltshilfe beträgt:

☐ Fahrkosten: _____ EUR/Tag

☐ Verdienstausschlag: _____ EUR/Tag

Bankverbindung für die Kostenerstattung der Haushaltshilfe

☐ Die entsprechende Bankverbindung habe ich auf dem beigegeführten Vordruck angegeben.
oder

☐ Meine bei der AOK NordWest gespeicherte Bankverbindung soll verwendet werden.

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Prüfung und Berechnung der beantragten Haushaltshilfe nach § 24h SGB V oder § 38 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zum Versagen der Leistung führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nw/datenschutzrechte. Verantwortlich ist die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.

Einwilligung zu Werbezwecken

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die AOK NordWest meine Daten verarbeitet und nutzt, um mich künftig per Telefon, E-Mail und SMS über die Services, Produkte und Leistungsangebote der AOK NordWest, sowie zu privaten Krankenzusatzversicherungen ihres Kooperationspartners zu informieren. Ich willige in Befragungen zur Qualitätsmessung und Kundenzufriedenheit ein. Diese Einwilligungen kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf ist an keine Form gebunden. Sofern Sie schriftlich widerrufen möchten, nutzen Sie hierfür bitte unsere unten genannte Adresse. Für einen telefonischen Widerruf genügt ein Anruf bei unserer Servicenummer 0800 265 5000.

Datenschutzhinweis: Unabhängig von Ihrem o. g. Antrag werden Ihre Daten zu Werbezwecken genutzt, wenn Sie o. g. Einwilligungserklärung ankreuzen und unterschreiben. Diese Datenerhebung erfolgt auf Basis von Art. 6 Abs. 1 Buchst. a) DSGVO. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nw/datenschutzrechte. Verantwortlich ist die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.

Datum

Unterschrift antragstellende Person (bei unter 15-Jährigen Unterschrift der gesetzlichen Vertretung)

AOK NordWest
Die Gesundheitskasse.
58079 Hagen

Name der/des Versicherten

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Krankenversicherungsnummer

Angabe der Bankverbindung

Erstattung des Anteils an den Kosten für eine Haushaltshilfe nach § 38 SGB V

Es wird um die Erstattung auf folgendes Konto gebeten::

Name des Kreditinstituts

BIC

IBAN

Vorname, Name und Geburtsdatum des/der Kontoinhabers/-in, **falls abweichend**

Adresse (Straße, PLZ und Ort) des/der Kontoinhabers/-in, **falls abweichend**

Unterschrift des/der Kontoinhabers/in, **falls abweichend**

Die Bankverbindung gilt für diese und alle zukünftigen Erstattungen/Auszahlungen der AOK NordWest. Die alte(n) bei der AOK NordWest gespeicherten Bankverbindung(en) wird/werden beendet und nur noch die oben genannte Bankverbindung soll genutzt werden.

Erteilte SEPA-Lastschriftmandate bleiben hiervon unberührt.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben. Mir ist bekannt, dass ich eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich der AOK NordWest mitzuteilen habe.

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs.1 SGB V für die Aufgaben der Krankenversicherung und § 94 Abs. 1 SGB XI für die Aufgaben der Pflegeversicherung zum Zwecke der Erstattung erhoben und verarbeitet. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/nw/datenschutzrechte. Verantwortlich ist die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.

Datum

Unterschrift Antragssteller/-in

Telefonnummer für Rückfragen

AOK NordWest
Die Gesundheitskasse.
58079 Hagen

Versichertennummer _____

Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

Name, Vorname, Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Haushaltshilfe ist notwendig, weil

☐ o.g. Person die Weiterführung des Haushalts wegen einer
aus medizinischen Gründen erforderlichen Mitaufnahme
zur stationären Behandlung einer angehörigen Person ab _____ nicht möglich ist.

☐ o.g. Person die Weiterführung des Haushalts vorübergehend nicht möglich ist, wegen:

☐ (akuter) schwerer Krankheit ☐ akuter Verschlimmerung einer Krankheit

Datum ambulante OP/Krankenhausbehandlung bzw.

Entlassungsdatum stationäre Behandlung oder Krankheitsbeginn: _____

☐ die Weiterführung des Haushalts wegen Schwangerschaft/Entbindung nicht möglich ist.

Ist Bettruhe verordnet? ☐ Ja, bis _____ ☐ Nein

Diagnose/n: _____

Befund/e: _____

Therapie/n: _____

(Befunde/Berichte bitte in Kopie beifügen)

Der Haushalt kann aus diesen medizinischen Gründen vom _____ bis _____ selbst nicht mehr oder nur eingeschränkt weitergeführt werden.

Für welche Tätigkeiten im Haushalt wird daher eine Haushaltshilfe benötigt?

Zubereiten der Mahlzeiten ☐ Ja ☐ Nein

Reinigen der Wohnung ☐ Ja ☐ Nein

Wäsche waschen ☐ Ja ☐ Nein

Bügeln ☐ Ja ☐ Nein

Heben und Tragen ab _____ kg ☐ Ja ☐ Nein

Einkaufen ☐ Ja ☐ Nein

Beaufsichtigen und Betreuen der Kinder ☐ Ja ☐ Nein

Wurde für den gleichen Zeitraum häusliche Krankenpflege beantragt? ☐ Ja ☐ Nein

Datum _____

Stempel/Unterschrift Ärztin/Arzt/Geburtshelfende _____

- Für die Angaben der Ärztin/des Arztes ist die Nr. 01620 EBM berechnungsfähig -

Hinweis: Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, sind die angeforderten Auskünfte zur Prüfung des Leistungsanspruchs auf Haushaltshilfe notwendig (§ 100 SGB X i. V. m. § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V).