

**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 (§ 67 a Abs. 3 Sozialgesetzbuch SGB X)**

Für die Leistung der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V, § 24h SGB V oder § 54 SGB IX benötigen wir die geforderten Angaben. Ihre Mitwirkung hierfür ergibt sich aus § 60 SGB I. Solange die Angaben nicht vollständig sind, können wir die Leistung der Haushaltshilfe versagen. Die erhobenen Daten werden unter Beachtung des Sozialgeheimnisses (§ 35 SGB I) nur im Rahmen der gesetzlichen Aufgabenerfüllung der AOK Hessen verwendet und sind zweckgebunden.