



Aktenzeichen: _____

**Antrag auf / Mitteilung von Tatsachenangaben zur Haushaltshilfe für
sonstige Versicherte / Versicherte ohne landwirtschaftlichen Haushalt**

Hinweis: Der Antrag auf/Die Mitteilung von Tatsachenangaben zur Gewährung von Haushaltshilfe ist vor Beginn des Einsatzes zu stellen. In dringenden Fällen können der Antrag/die Tatsachenangaben vorab mündlich oder telefonisch gestellt bzw. mitgeteilt werden. Das Formular mit Nachweisen muss in diesem Fall unverzüglich (spätestens innerhalb von 14 Tagen) nach dem Einsatzbeginn eingegangen sein.

A. Angaben zur ausgefallenen Person

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer

Familienstand

ledig Falls nicht ledig, seit _____ verheiratet getrennt lebend geschieden
Tag, Monat, Jahr verwitwet in eingetragener Partnerschaft lebend

Ist für die ausgefallene Person ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit i. S. d. SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) gestellt worden?

nein ja, bei _____
Versicherungsträger

B. Begründung für die Haushaltshilfe

Die Weiterführung des Haushalts ist nicht möglich wegen (bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)

Krankenhausbehandlung Kuraufenthalt häuslicher Krankenpflege
 Krankheit (nach einer stationären Krankenhausbehandlung
 ambulanten Krankenhausbehandlung
 ambulanten Operation)
 Schwangerschaft Entbindung
 Mitaufnahme als Begleitperson zur stationären Behandlung

C. Angaben zum Haushalt

1. Außer der ausgefallenen Person leben im Haushalt folgende Personen

Name, Vorname	Geburtsdatum <small>Tag, Monat, Jahr</small>	Verwandtschafts-/ Schwägerschaftsverhältnis	Berufsbedingte Abwesenheit oder Schulzeit täglich	
			von	bis
			Uhr	Uhr

2. Ist der Antrag/die Mitteilung von Tatsachenangaben wegen eines behinderten Kindes notwendig, das das zwölfte Lebensjahr bereits vollendet hat, aber auf Hilfe angewiesen ist?

nein ja (bitte Nachweise beifügen)

3. Von wem wurde der Haushalt bisher geführt?

Name, Vorname

4. Falls die/der Haushaltsführende berufstätig ist: von wem wurde(n) das/die Kind(er) bisher betreut?

_____ täglich von _____ Uhr bis _____ Uhr
Name, Vorname



Aktenzeichen: _____

5. War(en) das/die Kind(er) in einer Kindertagesstätte, Kinderkrippe oder Ähnlichem untergebracht?

- nein
 ja, und zwar in

_____ täglich von _____ Uhr bis _____ Uhr
Unterbringungsstätte

6. Die Weiterführung des Haushalts **in vollem Umfang** ist weder durch die ausgefallene Person noch durch eine andere im Haushalt lebende Person möglich, weil

Ist die Weiterführung des Haushalts stundenweise möglich?

- nein, weil

ja, der Haushalt kann an folgenden Wochentagen und Stunden weitergeführt werden:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
von _____ bis _____						

D. Fragen zur Ersatzkraft

1. Welche Art der Ersatzkraftgestellung ist vorgesehen?

- Es soll
 eine Ersatzkraft gestellt/vermittelt werden.
 eine selbst beschaffte Ersatzkraft zum Einsatz kommen.

Wenn eine Ersatzkraft selbst beschafft wird, Personalien der Ersatzkraft:

2. **1. Ersatzkraft**

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Telefon Vorwahl/Rufnummer

2.1 Ist die Ersatzkraft mit der ausgefallenen Person verwandt oder verschwägert?

- nein
 ja, und zwar _____

Art der Verwandt-/Schwägerschaft

2.2 Ist die Ersatzkraft anderweitig berufstätig?

- nein
 ja, und zwar _____

Beruf/Status

Arbeitgeber/Name

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

2.3 Wird die Berufstätigkeit unterbrochen?

- nein
 ja, und zwar mit
 bezahltem Urlaub

unbezahltem Urlaub



Aktenzeichen: _____

2.4 Wie viele Einsatzstunden werden täglich zur Erledigung der Arbeiten benötigt?

Montag bis Freitag bis zu _____ Stunden täglich

an Samstagen bis zu _____ Stunden täglich

an Sonn- und Feiertagen bis zu _____ Stunden täglich

2.5 Welcher Stundenlohn wird der Ersatzkraft gezahlt? _____ €

2.6 Ist die Ersatzkraft bereits im Einsatz?

nein, voraussichtlicher Einsatzbeginn _____
Tag, Monat, Jahr

ja, und zwar seit _____
Tag, Monat, Jahr

Falls nein, eine Nachmeldung bei Einsatzbeginn ist unbedingt erforderlich.

3. 2. Ersatzkraft

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Telefon Vorwahl/Rufnummer

3.1 Ist die Ersatzkraft mit der ausgefallenen Person verwandt oder verschwägert?

nein

ja, und zwar _____
Art der Verwandt-/Schwägerschaft

3.2 Ist die Ersatzkraft anderweitig berufstätig?

nein

ja, und zwar _____
Beruf/Status

Arbeitgeber/Name

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

3.3 Wird die Berufstätigkeit unterbrochen?

nein

ja, und zwar mit

bezahltem Urlaub

unbezahltem Urlaub

3.4 Wie viele Einsatzstunden werden täglich zur Erledigung der Arbeiten benötigt?

Montag bis Freitag bis zu _____ Stunden täglich

an Samstagen bis zu _____ Stunden täglich

an Sonn- und Feiertagen bis zu _____ Stunden täglich

3.5 Welcher Stundenlohn wird der Ersatzkraft gezahlt? _____ €

3.6 Ist die Ersatzkraft bereits im Einsatz?

nein, voraussichtlicher Einsatzbeginn _____
Tag, Monat, Jahr

ja, und zwar seit _____
Tag, Monat, Jahr

Falls nein, eine Nachmeldung bei Einsatzbeginn ist unbedingt erforderlich.



Aktenzeichen: _____

E. Angaben zur Bankverbindung

Auf welches Konto soll eine eventuelle Kostenerstattung überwiesen werden?

Name und Sitz der Bank

Kontoinhaber (nur erforderlich, falls nicht identisch mit ausgefallener Person)

IBAN

BIC

F. Erklärung und Unterschrift der ausgefallenen Person / des Vertreters

Ich versichere, dass meine Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben unter Umständen eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen können. Eintretende Änderungen gegenüber den im Antrag/in der Mitteilung von Tatsachenangaben gemachten Angaben werde ich unverzüglich, gegebenenfalls auch vor Erteilung eines Bescheides, angeben. Ich bin damit einverstanden, dass ein eventueller Erstattungsbetrag gegebenenfalls zur Tilgung von Forderungen der Berufsgenossenschaft, Alterskasse, Krankenkasse oder Pflegekasse einbehalten werden kann. Eine eventuell anfallende Selbstbeteiligung kann vom oben genannten Konto abgebucht werden.

Datum

Unterschrift der ausgefallenen Person / des Vertreters

G. Einwilligung und Unterschrift des Antragstellers / des Vertreters

Sofern die SVLFG einen ihrer BHH-Vertragspartner zur Durchführung der Leistung beauftragt, bin ich damit einverstanden, dass die für die Leistungserbringung in diesem Leistungsfall erforderlichen Daten (unter anderem Kopie des Bewilligungsbescheides) an den Vertragspartner weitergeleitet werden.

Haben im Antragsverfahren BHH-Vertragspartner mitgewirkt, bin ich damit einverstanden, dass diese über die Leistungsentscheidung informiert werden. Dies gilt auch dann, wenn diese Stelle nicht selbst den Einsatz durchführt, aber für den Einsatz im Rahmen ihrer mit der SVLFG vertraglich vereinbarten Koordinationstätigkeiten eine Ersatzkraft eines anderen BHH-Leistungserbringers zum Einsatz bringt.

Meine Einwilligung kann ich jederzeit für diesen Leistungsfall gegenüber der SVLFG widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung bis zum Widerruf bleibt davon unberührt. Mir ist bekannt, dass ich ein Recht auf Löschung habe.

Datum

Unterschrift des Antragstellers / des Vertreters

H. Anlagen

Als Anlagen zum Leistungsantrag/zur Mitteilung von Tatsachenangaben sind beigelegt

Ärztliche Bescheinigung

Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.