

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4 Haushaltsführung

4.1 Der Haushalt wird bislang

von mir selbst geführt.

Name, Vorname

von mir gemeinsam mit _____ geführt.

Name, Vorname

von _____ geführt.

4.2 Wer hat bisher die in Ziffer 2 genannten Kinder außerhalb der Schulzeit oder Kindergartenzeit betreut?

4.3 Kann eine der in Ziffer 2 benannten Personen die Haushaltsführung während der Leistung zur Teilhabe übernehmen?

Name, Vorname

nein ja _____

Falls nein, bitte begründen und gegebenenfalls Nachweise beifügen.

4.4 Wer führt den Haushalt während der Leistung zur Teilhabe weiter und für welchen Zeitraum wird Haushaltshilfe beantragt?

4.4.1 Ehegatte, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Verwandte oder Verschwägerte bis zum 2. Grad

Name, Vorname

Verwandtschaftsverhältnis

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)

für die gesamte Dauer der Leistung zur Teilhabe an folgenden Tagen in der Woche:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)
Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)

4.4.2 eine nicht oder nicht bis zum 2. Grad mit dem Versicherten verwandte oder verschwägerte Privatperson

Name, Vorname

Telefon

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)

für die gesamte Dauer der Leistung zur Teilhabe an folgenden Tagen in der Woche:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)
Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

4.4.3 sozialer Dienst (zum Beispiel Caritasverband)

Name der Organisation						Telefon
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)						
<input type="checkbox"/> für die gesamte Dauer der Leistung zur Teilhabe			<input type="checkbox"/> an folgenden Tagen in der Woche:			
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)
Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)

4.5 Erhalten Sie von anderen Stellen (zum Beispiel Jugendamt, Pflegekasse) unterstützende Hilfen zur Haushaltsführung / Kinderbetreuung

nein ja, von

Name der Stelle	Aktenzeichen	Telefon
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		

5 Kosten der Haushaltshilfe

Wie hoch sind die voraussichtlich entstehenden Kosten für die Haushaltshilfe?

5.1 bei der Haushaltsführung durch Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Verwandte oder Verschwägerte bis zum 2. Grad (Ziffer 4.4.1)

voraussichtlicher Nettoverdienstaussfall _____ EUR Fahrkosten _____ EUR

5.2 bei der Haushaltsführung durch eine nicht oder nicht bis zum 2. Grad mit dem Versicherten verwandte oder verschwägerte Privatperson (Ziffer 4.4.2)
Angaben einschließlich Fahrkosten, aber ohne Verpflegungskosten für das Kind.

stündlich _____ EUR täglich _____ EUR

5.3 bei der Haushaltsführung durch soziale Dienste (Ziffer 4.4.3)

stündlich _____ EUR täglich _____ EUR

Die Vergütungssätze entsprechen den mit den gesetzlichen Krankenkassen bestehenden Vergütungsvereinbarungen für eine Haushaltshilfe?

nein ja, mit welcher Stelle: _____

