

Versicherungsnum	mer		Kennzeic (soweit be					
Antrag auf H	laushaltshilfe	ode	er Kinder	betreuungsl	kosten		G	581
Der Antrag ist	vor Beginn der L	.eistı	ıng zur Tei	lhabe zu stelle	n!			
Beantragte Lei	stung							
Haushaltshi	ilfe				Kinderbetre	uungsko	sten	
Rehabilitation	es Kindes oder d onseinrichtung				Fahrkosten			enstausfall oder
	zur Person und	zur	Arbeitszeit	der Antragstel	lerin / des Antra			
Name, Vorname						1	Geburtsdat 	um
Anschrift (Straße, F	Hausnummer, Postleit:	zahl, W	/ohnort)					
Regelmäßige A	rbeitszeit mit Fah	rzeit	zu und von	der Arbeitsstätte	е			T.
Montag	Dienstag		Mittwoch	Donnerstag	Freitag		nstag	Sonntag
Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)		Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	(von - bis) Uhrzeit (vo		Uhrzeit (von - bis)
Uhrzeit (von - bis)	(von - bis) Uhrzeit (von - bis) Uhrzeit (von - bis		eit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)		Uhrzeit (von - bis)
Bitte Nachweis Weitere i	•	nde	Personen (Falls Platz nich	nt ausreicht, bitte	e neues	Blatt ve	erwenden)
Name, Vornam	ne			1	2			3
Geburtsdatum								
Familienangeh Verwandtschaf								
Art der Berufsta Kindergarten	ätigkeit; Schule,							
Arbeitszeit, Sch Kindergartenze Fahrzeit (von - Bitte Nachweis	eit einschließlich bis)							
Wochentage								
3 Ist eines	der in Ziffer 2 a	enani	nten Kinde	r behindert und	d auf Hilfe angev	viesen?		
	Name des Kin			Art der Beh				
nein .	ja							
Bitte Nachweis	se beifügen!							
Seite 1 von 5								

G0581 PDF

Versicherungsnummer Kennzeichen (soweit bekannt)								
(Sowert bekarmt)								
4 Haushaltsführung								
4.1 Der Haus	halt wird bislang							
von mir selb	st aeführt.							
	=	me, Vorname						
von mir gem	neinsam mit					geführt.		
vo go		me, Vorname				goranna		
von						geführt.		
	visher die in Ziffe	r 2 genannten Kir	nder außerhalb d	ler Schulzeit ode	r Kindergartenz			
4.2 Wei nat t	nsher die in Zine	i z genamilen Ki	idei adisemaib c	iei ochuizeit odei	i Miluergartenz	en beneut!		
4.3 Kann eine	dor in Ziffor 2 h	onannton Porson	non die Haushalt	sführung währen	d dor Loistung =	zur Toilbabo		
übernehmen?	e dei ili Zillei Z b	enamilen Fersor	ien die Haushan	Sidiliding warnern	u dei Leistung z	ui reimabe		
	Nar	me, Vorname						
nein j	nein							
Falls nein, bitte	e begründen und	gegebenenfalls	Nachweise beifü	gen.				
	J							
4.4 Wer führt	den Haushalt w	ährend der Leistu	ıng zur Teilhabe	weiter und für we	elchen Zeitraum	wird		
Haushaltshilfe I								
4.4.1 Ehea	atte Lebenspart	ner nach dem Le	benspartnerscha	aftsgesetz, Verwa	andte oder Vers	chwägerte bis		
	2. Grad							
Name, Vorname				Verwandtschaftsverl	hältnis G	eburtsdatum		
Anachrift (Stroße	lausnummer, Postleit	zahl Wahnart)						
Anschill (Straise, F	iaustiuttimer, Postieti	zani, wonilori)						
für die gesa	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								
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)								
I I tür die desa						., .		
		eistung zur Teilha			n Tagen in der \			
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag		

Versicherungsnummer Kennzeichen (soweit bekannt)							
(sowert bekannt)							
4.4.3 sozial	ler Dienst (zum I	Beispiel Caritasve	erband)				
Name der Organisat	tion				Telefon		
Anschrift (Straise, H	ausnummer, Postleit	zani, Ort)					
für die gesa	mte Dauer der L	eistung zur Teilh	abe	an folgende	n Tagen in der V	Voche:	
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 S	Sie von anderen	Stellen (zum Be	ispiel Jugendam	t, Pflegekasse) u	nterstützende Hi	lfen zur	
	ng / Kinderbetre	•	opier dagerraam	.,go			
nein 🔲 i	a, von						
Name der Stelle				Aktenzeichen	Telefon		
Traine del Otelle				7 thterizeionen	Tololor		
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 Nettoverdienstausfall 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)							
			ne Verpflegungs	kosten für das I	Kind.		
		Г	\neg				
					EUR		
5.3 bei der Ha	aushaltsführung	durch soziale Di	enste (Ziffer 4.4.:	3)			
stündlich EUR							
			J				
		en den mit den g eine Haushaltshil		nkenkassen beste	ehenden		
nein i	a, mit welcher S	tollo:					
ш пеш ш ј	a, mil welcher 5	telle					

Versicherungsnummer Kennzeichen (soweit bekannt)								
(Soweit bekallit)								
6 l	Unterbringungskosten anstelle einer Haushaltshilfe							
	Welche der in Ziffer sind wegen der Le						angewiesene	
lfd. Nr.	Name, Vorname de	er Kinder						
1								
2								
3								
6.2								
6.2.1 bei Verwandten oder Verschwägerten (für das in Ziffer 6.1, Nummer genannte Kind)								
Name, V	orname or a second seco					Verwandtsc	haftsverhältnis	
Anschrif	Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)							
6.2.2 bei sonstigen Privatpersonen (für das in Ziffer 6.1, Nummer genannte Kind) Name, Vorname								
Anschrif	t (Straße, Hausnummer,	Postleitzahl, Wohn	ort)					
6.2.3 in einer Einrichtung, zum Beispiel Kinderheim, Pflegeheim, Kindertagesstätte (für das in Ziffer 6.1, Nummer genannte Kind)								
Name de	Name der Einrichtung Telefon							
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)								
6.2.4 Für welchen Zeitraum soll die Unterbringung erfolgen?								
für die gesamte Dauer der Leistung zur Teilhabe an folgenden Tagen in der Woche:								
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	
zu Zif 6.2.1	, , ,	Uhrzeit (von - bis)						
zu Zif 6.2.2	fer	Uhrzeit (von - bis)						
zu Zif 6.2.3		Uhrzeit (von - bis)	Unrzeit (von - bis)	Unrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Unrzeit (von - bis)	Unrzeit (von - bis)	
6.2.5 Voraussichtlich entstehende Kosten wegen der Leistung zur Teilhabe Angaben ohne Verpflegungskosten für das Kind.								
Höhe der stündlichen Kosten in EUR Höhe der täglichen Kosten in EUR Höhe der gesamten Kosten in EUR								

Vers	icherungsnummer Kennzeichen (soweit bekannt)		
6.3	Das in Ziffer 6.1, Nummer genannte Ki werden.	nd soll in die Rehabilitationseinrichtunç	g mitgenommen
7	Kinderbetreuungskosten		
7.1	Name und Anschrift der Betreuungseinrichtung o	der Betreuungsperson	
Nam	е		Telefon
Anso	chrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		
	gaben einschließlich Fahrkosten, aber ohne Verp monatlich EUR tä der Kosten (Bitte Nachweise beifügen):	flegungskosten für das Kind. glich EUR	
Mir stra Ich	Erklärung der Versicherten / des Versicherten versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgrist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erfrechtlichen Verfolgung führen können. verpflichte mich, alle Veränderungen, die im Zusam	rbringung von Leistungen ausschließe	n und zu einer
Rer	ntenversicherungsträger sofort mitzuteilen.		