

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen
Postfach 16 01 17
01287 Dresden

**Antrag auf Familien- und Haushaltshilfe zur
Weiterführung des Haushalts während
einer stationären Unterbringung des
Beihilfeberechtigten**

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Antragsteller (Beihilfeberechtigter)

| | | |
|---------------|----------------|--------------|
| Name, Vorname | Personalnummer | Geburtsdatum |
| | | |

1. In der Zeit vom _____ bis _____ befand ich mich in stationärer Krankenhausbehandlung im _____ in _____.

Der Haushalt wird sonst von mir geführt.

2. Die Weiterführung des Haushalts durch eine Familien- und Haushaltshilfe ist erforderlich, weil

in meinem Haushalt mindestens ein Kind unter 12 Jahren verbleibt;

mein Ehegatte pflegebedürftig ist (bitte Nachweis erbringen);

mein Kind _____ als berücksichtigungsfähiger Angehöriger im Haushalt verbleibt und pflegebedürftig ist (bitte Nachweis erbringen).

3. Während meiner notwendigen stationären Behandlung war mein Ehegatte

vom _____ bis _____ beurlaubt.

nicht beurlaubt.

4. Ich bin berufstätig ja nein

Tägliche Stundenanzahl einschließlich Fahrtzeit

| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Wer versorgt die Kinder während der Berufstätigkeit Ihres Ehegatten?

Leben in Ihrem Haushalt neben Ihnen Jugendliche oder erwachsene Personen? Falls ja, welche?

Name, Vorname

Geburtsdatum

Verwandtschaftsgrad

Kann von einer dieser Personen der Haushalt weitergeführt werden? ja nein

Wenn nein, bitte kurze Begründung: _____

Kann von Ihrem Ehegatten der Haushalt weitergeführt werden, zumindest an den arbeitsfreien Tagen?

ja nein

Wenn nein, bitte kurze Begründung: _____

5. Die als Familien- und Haushaltshilfe eingesetzte Person Frau /Herr

Name, Vorname

Anschrift

ist nicht ständig in meinem Haushalt beschäftigt;

ist kein naher Angehöriger von mir bzw. von meinen berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Ehegatte, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister).

Eine andere im Haushalt lebende Person kann den Haushalt nicht weiterführen.

6. Die Familien- und Haushaltshilfe wurde wie folgt in Anspruch genommen:

Während der stationären Behandlung vom _____ bis _____ an _____ Tagen

vom _____ bis _____ an _____ Tagen

Nach Ende der stationären Behandlung (höchstens 7 Tage) vom _____ bis _____ an _____ Tagen

vom _____ bis _____ an _____ Tagen

7. Als Vergütung wurde bezahlt (Rechnung bzw. Quittung liegt bei):

a) stündlich _____ € b) täglich _____ € (bitte beide Beträge angeben)

8. Als Fahrauslagen wurden ersetzt: _____ €

Fahrstrecke von _____ bis _____

Beförderungsmittel: Bahn Bus PKW _____ km

| | |
|------------|---|
| Ort, Datum | Unterschrift des Antragstellers/ des Bevollmächtigten |
|------------|---|

Bescheinigung des Arztes

über die Notwendigkeit einer Familien- und Haushaltshilfe
nach Ende der stationären Behandlung

Frau/Herr _____

ist am _____ aus der stationären Behandlung im _____

_____ (Krankenhaus) entlassen worden. Der/Die Entlassene ist noch nicht in der Lage - auch teilweise - die Führung des Haushaltes wieder zu übernehmen. Die Familien- und Haushaltshilfe wird **für die ersten 7 Tage nach Ende der Krankenhausbehandlung** weiterhin benötigt.

| | |
|------------|---------------------------------|
| Ort, Datum | Stempel/Unterschrift des Arztes |
|------------|---------------------------------|