

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen
Postfach 16 01 17
01287 Dresden

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

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Antragsteller (Beihilfeberechtigter)

Name, Vorname	Personalnummer	Geburtsdatum

1. In der Zeit vom _____ bis _____ befand sich mein Ehegatte in stationärer Krankenhausbehandlung
im _____ in _____.

Der Haushalt wird sonst vom ihr/ihm geführt.

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

in meinem Haushalt mindestens ein Kind unter 12 Jahren verbleibt;

ich selbst pflegebedürftig bin (bitte Nachweis erbringen);

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

3. Während der notwendigen stationären Behandlung meines berücksichtigungsfähigen Ehegatten war ich

beurlaubt vom _____ bis _____.

nicht beurlaubt.

4. Ich bin berufstätig ja nein

Tägliche Stundenanzahl einschließlich Fahrtzeit

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

Wer versorgt die Kinder während Ihrer Berufstätigkeit?

* **ACHTUNG:** Das Antragsformular gilt nur für Ehegatten, die privat krankenversichert und über den beihilfeberechtigten Ehepartner berücksichtigungsfähig sind.

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 Ihnen 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
------------	---------------------------------