



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. Grund der Antragstellung / Mitteilung von Tatsachenangaben für die Haushaltshilfe

1. 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

2. Liegt ein Unfall vor?

☐ nein ☐ ja ☐ landwirtschaftlicher Arbeitsunfall am _____

Tag, Monat, Jahr

☐ sonstiger Unfall am _____

Tag, Monat, Jahr

C. Angaben zum Haushalt

1. Außer der ausgefallenen Person leben im Haushalt folgende Personen

Name, Vorname	Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr	Verwandschafts-/ Schwägerschaftsverhältnis	Berufsbedingte Abwesenheit oder Schulzeit täglich	
			von	bis
			Uhr	Uhr
			Uhr	Uhr
			Uhr	Uhr
			Uhr	Uhr
			Uhr	Uhr
			Uhr	Uhr
			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)



Aktenzeichen: _____

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

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	von bis	von bis	von bis	von bis	von bis	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. **Angaben zur 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



Aktenzeichen: _____

2.3 Wird die Berufstätigkeit unterbrochen?

- ☐ nein
☐ ja, und zwar mit
☐ bezahltem Urlaub ☐ unbezahltem Urlaub

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.

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

(Hinweis: nur erforderlich, wenn ein BHH-Vertragspartner im Antragsverfahren mitgewirkt hat)

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



Aktenzeichen: _____

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.