

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen  
Postfach 16 01 17  
01287 Dresden

**Antrag auf Familien- und Haushaltshilfe zur  
Vermeidung einer stationären  
Unterbringung des Beihilfeberechtigten**

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

**Antragsteller (Beihilfeberechtigter)**

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

1. In der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ wäre nach der umseitigen ärztlichen Bestätigung bei mir eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich gewesen.
- 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. Zur Vermeidung meiner stationären Behandlung war mein berücksichtigungsfähiger Ehegatte
- beurlaubt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.  
 nicht beurlaubt.
4. Mein Ehegatte ist 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 der Haushalt von Ihrem Ehegatten weitergeführt werden, zumindest an 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. Als Vergütung wurde bezahlt (Rechnung bzw. Quittung liegt bei):

a) stündlich \_\_\_\_\_ € b) täglich \_\_\_\_\_ € (bitte beide Beträge angeben)

7. Als Fahrauslagen wurden ersetzt: \_\_\_\_\_ €

Fahrstrecke von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Beförderungsmittel:  Bahn  Bus  PKW \_\_\_\_\_ km

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

**Bescheinigung des Arztes**

Frau/Herr \_\_\_\_\_ ist erkrankt an (Diagnose) \_\_\_\_\_

Es ist an sich eine stationäre Krankenhausbehandlung vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ erforderlich, die

durch die Familien- und Haushaltshilfe, Frau/Herr \_\_\_\_\_ vermieden wird.

Ausführliche Begründung: \_\_\_\_\_

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