

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
------------	---------------------------------