

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen  
Postfach 16 01 17  
01287 Dresden

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

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

**Antragsteller (Beihilfeberechtigter)**

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

1. In der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ wäre nach der umseitigen ärztlichen Bestätigung bei meinem Ehegatten eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich gewesen.
 

Der Haushalt wird sonst vom ihm/ihr 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. Zur Vermeidung der 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 der 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 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
------------	---------------------------------