

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, Schwiebertöchter, 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
------------	---------------------------------