

Anlage Familien- und Haushaltshilfe Beihilfeantrag vom _____

Personalnummer

Geburtsdatum

Hinweis:

Bitte fügen Sie für die entstandenen Kosten die jeweiligen Belege/Rechnungen und ggfs. Nachweise über Kostenerstattungen von anderer Seite bei.

Bedienstete/r / Versorgungsempfänger/in

Name

Vorname

1.**Angaben zur haushaltsführenden Person**

Name, Vorname, Geburtsdatum

a) Die haushaltsführende Person ist/war

nicht
erwerbstätig

vollbeschäftigt

teilzeitbeschäftigt mit ____ Wochenstunden

Die Arbeitszeit von entspr. Vollbeschäftigten beträgt ____
Wochenstunden

b) Die unter 1 a) genannte Person war aus folgendem Grund gehindert, den Haushalt fortzuführen:

Hinderungsgrund:

von - bis

2.**Weiterführung des Haushalts**

a) Die Weiterführung des Haushalts ist erforderlich, weil

ich selbst pflege-
bedürftig binin meinem Haushalt ständig ein(e) pfle-
gebedürftige(r) Angehörige(r) lebtin meinem Haushalt ständig mindestens ein
Kind unter 15 Jahren lebt**Hinweis:**

Der Umfang der Pflegebedürftigkeit ist durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung (s. Seite 2) nachzuweisen.

b) Die Weiterführung des Haushalts erfolgte durch

Name, Vorname, Anschrift

c) Bei der unter 2 b) genannten Person handelt es sich um einen nahen Angehörigen, § 6 Abs. 1 Nr. 7 S. 3 HBeihVO *)

Nein

Ja; Verwandtschaftsverhältnis: _____

d) Hatte ein(e) in Ihrem Haushalt lebende(r) Familienangehörige(r) über 15 Jahren während dem unter Nr. 1 a) angegebenen Zeitraum
Ferien, Urlaub, Dienstbefreiung o. ä.?

Nein

Ja

3.**Auswärtige Unterbringung einer Person**a) Wurden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe zu Ihrem Haushalt gehörende Kinder unter 15 Jahren bzw.
pflegebedürftige Personen in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht?

Ja

Nein

b) Wenn ja: Handelt es sich um den Haushalt einer in § 6 Abs. 1 Nr. 7 S. 3 HBeihVO genannten Person? *)

Nein

Ja; Verwandtschaftsverhältnis: _____

4.**Sonstige Angaben**

a) Steht Ihnen oder einem Angehörigen von anderer Seite (z. B. Krankenversicherung) Haushaltshilfe oder Kostenersatz zu?

Nein

Ja; zahlende Stelle: _____

5.**Aufwendungen**

a) Kosten für die Familien- und Haushaltshilfe:

Entgelt pro Stunde

Entgelt pro Tag

b) Aufwendungen für eine Person nach Nr. 2 c):

Fahrtkosten

Vergütung

c) Aufwendungen für auswärtige Unterbringung

Kosten für Unterkunft

Fahrtkosten

*) nahe Angehörige sind:

- Ehegatte ➤ Kinder ➤ Eltern ➤ Großeltern ➤ Enkelkinder,
 - Schwiegertöchter ➤ Schwiegersöhne ➤ Schwägerinnen
 - Schwäger ➤ Schwiegereltern ➤ Geschwister
- des Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Person

<p>Ärztliche Bescheinigungen (nur bei Vorliegen der Grundvoraussetzungen erforderlich)</p> <p>Familien- und Haushaltshilfe für die ersten sieben Tage nach Entlassung aus stat. Behandlung</p>	<p>Ärztliche Bescheinigungen (nur bei Vorliegen der Voraussetzungen erforderlich)</p> <p>Familien- und Haushaltshilfe zur Vermeidung eines stationären Krankenhausaufenthaltes</p>
<p>Es wird hiermit bescheinigt, dass Frau/Herr</p>	<p>Es wird hiermit bescheinigt, dass für Frau/Herrn</p>
<p>in den ersten sieben Tagen nach Ende der stationären Unterbringung die Führung des Haushalts noch nicht - auch nicht teilweise - wieder übernehmen kann.</p>	<p>ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt wegen Diagnose:</p> <p>_____</p> <p>durch eine Familien- u. Haushaltshilfe vermieden wird:</p> <p>für die Zeit vom: _____ bis: _____</p>
<p>Angabe der täglichen Stundenzahl:</p>	<p>Angabe der täglichen Stundenzahl:</p>
<p>Ort, Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes</p>	<p>Ort, Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes</p>