

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) pfl-
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: _____

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

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