

Anlage Haushaltshilfe gem. § 23 NBhVO

Personalnummer	Geburtsdatum
Bedienstete/r / Versorgungsempfänger/in	
Name	Vorname

1. Angaben zur haushaltsführenden Person

a) Der Haushalt wird bisher geführt und kann nicht weitergeführt werden von

- mir (Beihilfeberechtigte(r))
- einer / einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Name, Vorname, Geburtsdatum der / des berücksichtigungsfähigen Angehörigen

b) Die o. g. haushaltsführende Person ist / war aus folgendem Grund gehindert, den Haushalt weiter zu führen (bitte Nachweis beifügen):

- Voll- oder teilstationärer Krankenhausaufenthalt oder Aufenthalt in einem Hospiz
- Teilnahme an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme
- Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme für Mütter und Väter, auch in Form von Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen
- Teilnahme an einer familienorientierten Rehabilitation
- Teilnahme an einer Suchtbehandlung
- Nach Rückkehr in den Haushalt von einer der vorstehenden Behandlungen / Maßnahmen

Art der Behandlung /Maßnahme:	Datum der Rückkehr in den Haushalt:
-------------------------------	-------------------------------------

(bitte anliegende ärztliche Bescheinigung -Seite 3- vorlegen)

- Es wird häusliche Krankenpflege oder vollstationäre Pflege benötigt
- Ein stationärer Krankenhausaufenthalt wird durch die Beschäftigung einer Haushaltshilfe vermieden (bitte anliegende ärztliche Bescheinigung -Seite 3- vorlegen)
- Es liegt eine schwere Krankheit oder akute Verschlimmerung einer Krankheit vor (bitte anliegende ärztliche Bescheinigung -Seite 3- vorlegen)
- Schwangerschaft oder Entbindung bei der haushaltsführenden Person (bitte anliegende ärztliche Bescheinigung -Seite 3- vorlegen)
- Die haushaltsführende Person ist verstorben

c) Erforderlicher Zeitraum / erforderliche Wochentage / erforderliche tägliche Stundenzahl:

Vom	bis	An den Wochentagen	Tägliche Stundenzahl
-----	-----	--------------------	----------------------

2. Weiterführung des Haushalts

a) Kann eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen (ohne Freistellung vom Beruf)?

- Nein
- Ja

Name der Person und Verbindung zu der Person:

b) In dem Haushalt leben

- mindestens eine Beihilfeberechtigte / ein Beihilfeberechtigter, eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger, die oder der das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält

Name und Geburtsdatum des Kindes / der Kinder / der zu pflegenden Person:

c) Die Weiterführung des Haushalts erfolgt(e) durch

Name, Vorname, Anschrift

d) Bei der unter 2 c) genannten Person handelt es sich um

- eine nahe Angehörige / einen nahen Angehörigen (Ehegattin / Ehegatte, eingetr. Lebenspartnerin / eingetr. Lebenspartner, ein Elternteil oder ein Kind der haushaltsführenden Person)
- eine beruflich als Haushaltshilfe tätige Person
- eine sonstige Person

3. Auswärtige Unterbringung einer Person

a) Wurden -anstelle der Beschäftigung einer Haushaltshilfe- zu dem Haushalt gehörende Kinder unter 12 Jahren bzw. pflegebedürftige Personen in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht?

- Nein
- Ja, in einem Heim
- Ja, in einem fremden Haushalt

b) Wenn ja, in einem fremden Haushalt:

Handelt es sich bei dem fremden Haushalt um den Haushalt der Ehegattin / des Ehegatten, der eingetragenen Lebenspartnerin / des eingetragenen Lebenspartners, von einem Elternteil oder von einem Kind der haushaltsführenden Person?

- Nein
- Ja

4. Sonstige Angaben

a) Steht Ihnen oder einem Angehörigen von anderer Seite (z. B. Krankenversicherung) Haushaltshilfe oder Kostenersatz zu (ggf. Nachweis der Kostenerstattung beifügen)?

- Nein
- Ja; zahlende Stelle: _____

5. Aufwendungen

a) Für die Übernahme der Haushaltsführung wird/wurde der Haushaltshilfe eine Vergütung gezahlt in Höhe von (Rechnung, Quittung oder geeigneter Nachweis erforderlich)

Vergütung	Euro
-----------	------

b) Aufwendungen für Fahrtkosten und Verdienstaussfall, wenn die Haushaltshilfe durch die Ehegattin / den Ehegatten, der eingetr. Lebenspartnerin / den eingetr. Lebenspartner, einem Elternteil oder einem Kind durchgeführt wurde (Aufstellung der Fahrtkosten bzw. geeigneter Nachweis für den Verdienstaussfall erforderlich)

Fahrtkosten	Euro
-------------	------

Verdienstaussfall	Euro
-------------------	------

c) Aufwendungen für auswärtige Unterbringung, wenn -statt einer Haushaltshilfe- Kinder unter 12 Jahren bzw. pflegebedürftige Personen in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht wurden (Aufstellung der Fahrtkosten bzw. geeigneter Nachweis der Kosten für die Unterkunft erforderlich)

Fahrtkosten	Euro
-------------	------

Kosten der Unterkunft	Euro
-----------------------	------

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für eine Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Erstattungen und Ermäßigungen von Dritten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

Datum	Unterschrift der / des Beihilfeberechtigten
-------	---

Personalnummer	Geburtsdatum
Bedienstete/r / Versorgungsempfänger/in	
Name	Vorname

Ärztliche Bescheinigung zu den Aufwendungen für eine Haushaltshilfe

Name, Vorname, Geburtsdatum der haushaltsführenden Person

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Die haushaltsführende Person ist nach einer stationären Behandlung (Krankenhausaufenthalt, Rehabilitationsmaßnahme oder Suchtbehandlung) in den Haushalt zurückgekehrt und zur Weiterführung des Haushalts noch nicht in der Lage.

Eine Haushaltshilfe ist erforderlich für die Zeit

von	bis	An den Wochentagen	Tägliche Stundenzahl
-----	-----	--------------------	----------------------

- Die haushaltsführende Person ist wegen Schwangerschaft oder Entbindung an der Weiterführung des Haushalts gehindert.

Beschwerden / Grund der Belastungseinschränkung:	(voraussichtlicher) Entbindungstermin
--	---------------------------------------

Eine Haushaltshilfe ist erforderlich für die Zeit

von	bis	An den Wochentagen	Tägliche Stundenzahl
-----	-----	--------------------	----------------------

- Die haushaltsführende Person ist wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit an der Weiterführung des Haushalts gehindert.

Art der schweren Krankheit:

Eine Haushaltshilfe ist erforderlich für die Zeit

von	bis	An den Wochentagen	Tägliche Stundenzahl
-----	-----	--------------------	----------------------

- Die haushaltsführende Person müsste stationär im Krankenhaus behandelt werden. Durch die Beschäftigung einer Haushaltshilfe wird ein stationärer Krankenhausaufenthalt vermieden.

Erkrankung / Diagnose(n):	Zeitraum des ohne Haushaltshilfe erforderlichen Krankenhausaufenthaltes von / bis
---------------------------	---

Es wird hiermit bescheinigt, dass die Beschäftigung einer Haushaltshilfe aus dem vorstehend angekreuzten Grund notwendig ist.

Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
