

Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Haushaltshilfe nach § 23 NBhVO

Versorgungskasse Oldenburg
- Beihilfestelle -
Nadorster Str. 155
26123 Oldenburg

Aktenzeichen (Bitte dem letzten Bescheid entnehmen)	
Beihilfeberechtigte/r (Name, Vorname)	Geburtsdatum

1. Angaben zur haushaltsführenden Person (nur Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige)

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

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 medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter, auch in Form einer Mutter- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme
- Teilnahme an einer stationären oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahme im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder eine ambulante Strahlen- oder Chemotherapie (Anschluss-Rehabilitation)
- Teilnahme an einer familienorientierten Rehabilitation bei einer Erkrankung eines Kindes
- Teilnahme an einer Suchtbehandlung
- Es wird häusliche Krankenpflege oder vollstationäre Pflege benötigt.
- Die haushaltsführende Person ist erkrankt und ohne Haushaltshilfe wäre ein stationärer Krankenhausaufenthalt der haushaltsführenden Person erforderlich. **(Bitte anliegende ärztliche Bescheinigung beifügen)**
- Schwangerschaft oder Entbindung bei der haushaltsführenden Person
- Die haushaltsführende Person ist verstorben.
- Es liegt eine schwere Krankheit oder akute Verschlimmerung einer Krankheit vor. **(Bitte anliegende ärztliche Bescheinigung beifügen)**

Erforderlicher Zeitraum: vom _____ bis _____

2. Weiterführung des Haushalt

a) Kann eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen? Ja Nein

b) Die Weiterführung des Haushalts durch eine Haushaltshilfe ist erforderlich, weil

- im Haushalt mindestens ein/e Beihilfeberechtigte/r, ein/e berücksichtigungsfähige/r Angehörige/r verbleibt, die/der Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält.
Name der zu pflegenden Person: _____
- im Haushalt mindestens ein/e berücksichtigungsfähige/r Angehörige/r verbleibt, die/der das 12.Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
Name des Kindes / der Kinder: _____
- durch die Beschäftigung einer Haushaltshilfe ein ansonsten erforderlicher Krankenhausaufenthalt der haushaltsführenden Person vermieden wird. **(Bitte anliegende ärztliche Bescheinigung beifügen)**
- Sonstiger Grund (bitte ggf. gesondertes Blatt beifügen): _____

c) Die Weiterführung des Haushalts erfolgt(e) durch

Name, Vorname	Anschrift
---------------	-----------

d) Bei der unter 2 c genannten Person handelt es sich um die Ehegattin/den Ehegatten, die Lebenspartnerin/den Lebenspartner, ein Elternteil oder ein Kind

- Nein Ja, Verwandtschaftsverhältnis: _____

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 Lebenspartnerin/des Lebenspartners, einem Elternteil oder einem Kind?

- Nein Ja, Verwandtschaftsverhältnis: _____

4. Sonstige Angaben

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

- Nein Ja, zahlende Stelle: _____

5. Aufwendungen

a) Kosten für die Haushaltshilfe (Rechnung, Quittung oder geeigneten Nachweis beifügen) _____ EUR

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

Fahrtkosten	_____ EUR	Verdienstaussfall	_____ EUR
-------------	-----------	-------------------	-----------

c) Aufwendungen für auswärtige Unterbringung, wenn - anstatt der Beschäftigung 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	_____ EUR	Kosten der Unterkunft	_____ EUR
-------------	-----------	-----------------------	-----------

Erklärung:

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 oder der / des Bevollmächtigten
	<input type="checkbox"/> liegt vor Vollmacht <input type="checkbox"/> liegt bei