



Beihilfenummer	Name, Vorname, Amts-/Dienstbezeichnung des/der Beihilfeberechtigten	Geburtsdatum
----------------	---	--------------



Anlage zum Beihilfeantrag bzgl. der Aufwendungen einer Haushaltshilfe nach § 23 NBhVO

1. Angaben zur haushaltsführenden Person

a)

Name, Vorname, Geburtsdatum der haushaltsführenden Person

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 Rehabilitationsmaßnahme
- Teilnahme an einer Suchtbehandlung
- Nach Rückkehr in den Haushalt von einer der vor stehenden 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
- Es liegt eine schwere Krankheit oder akute Verschlimmerung einer Krankheit vor (bitte anliegende ärztliche Bescheinigung – Seite 3 – vorlegen)
- Ein stationärer Krankenhausaufenthalt wird durch die Beschäftigung einer Haushaltshilfe vermieden (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 Tage/ erforderliche tägliche Stundenzahl:

Vom	bis	An den Tagen	tägliche Stundenzahl
-----	-----	--------------	----------------------

2. Weiterführung des Haushalts

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

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

c) Die Weiterführung des Haushalts erfolgt(e) durch

Name, Vorname, Anschrift

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

- eine nahe Angehörige/ einen nahen Angehörige (Ehegattin/ Ehegatten, eingetr. Lebenspartnerin/ 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 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) Haushaltshilfe oder Kostenersatz zu (ggf. Nachweis der Kostenersatzung beifügen)?

- Nein Ja; zahlende Stelle: _____

5. Aufwendungen

a) Kosten für Haushaltshilfe (geeigneter Nachweis erforderlicher)

EUR

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

Fahrtkosten	Verdienstausschlag
EUR	EUR

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 Unterbringung erforderlich)

Fahrtkosten	Unterbringungs-kosten
EUR	EUR

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
-------	--

Beihilfenummer	Name, Vorname, Amts-/Dienstbezeichnung des/der Beihilfeberechtigten	Geburtsdatum
----------------	---	--------------

Ärztliche Bescheinigung zu den Aufwendungen für eine Haushaltshilfe nach § 23 NBhVO



Name, Vorname, Geburtsdatum der haushaltsführenden Person

- 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:	Zeitraum des ohne Haushaltshilfe erforderlichen Krankenhausaufenthaltes von / bis
-----------------------	---

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

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift der Ärztin/ des Arztes
------------	---