

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 oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahme
- Teilnahme an einer Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme oder einer familienorientierten Rehabilitationsmaßnahme
- 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 – Seite 3 – vorlegen)
- Die haushaltsführende Person ist verstorben
- Schwangerschaft oder Entbindung bei der haushaltsführenden Person

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

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

- im Haushalt mindestens eine Beihilfeberechtigte/ ein Beihilfeberechtigter, eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger verbleibt, die oder der Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält.

Name der zu pflegenden Person: \_\_\_\_\_

- im Haushalt mindestens eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger verbleibt, die oder der das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Name des Kindes/ der Kinder: \_\_\_\_\_

- durch die Beschäftigung einer Haushaltshilfe ein ansonsten erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt der haushaltsführenden Person vermieden wird (bitte anliegende ärztliche Bescheinigung – Seite 3 – vorlegen).

c) Die Weiterführung des Haushalts erfolgt(e) durch

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

d) Bei der unter 2c) 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) 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	Unterbringungskosten
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**



**Hinweis:** Diese Bescheinigung ist nur erforderlich, wenn durch eine Haushaltshilfe ein stationärer Krankenhausaufenthalt der haushaltsführenden Person vermieden wird.

Die haushaltsführende Person:

Name, Vorname, Geburtsdatum der haushaltsführenden Person
---

ist aufgrund folgender Erkrankung:

Diagnose

zur Haushaltsführung nicht in der Lage.

Es wird hiermit bescheinigt, dass durch die Beschäftigung einer Haushaltshilfe ein ansonsten erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt der haushaltsführenden Person vermieden wird.

Die Beschäftigung einer Haushaltshilfe ist erforderlich für die Zeit:

Vom	bis	An den Tagen	tägliche Stundenzahl

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift der Ärztin/ des Arztes