

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

Aktenzeichen	Geburtsdatum
--------------	--------------

An die
Niedersächsische Versorgungskasse
Postfach 81 04 04
30504 Hannover

Bedienstete/r bzw. Versorgungsempfänger/in	
Name	Vorname

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

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 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)

c) 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 Kostenersatzung beifügen)?

Nein Ja, zahlende Stelle: _____

5. Aufwendungen

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

- b) Aufwendungen für Fahrtkosten und Verdienstausschlag, 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 Verdienstausschlag erforderlich)
- | | | |
|-----------|-------------|--------------------|
| | Fahrtkosten | Verdienstausschlag |
| _____ EUR | _____ EUR | _____ 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 | Kosten der Unterkunft |
| _____ EUR | _____ 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.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Beihilferechtigten

Aktenzeichen	Geburtsdatum
--------------	--------------

Bedienstete/r bzw. 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 nach einer stationären oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahme im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder eine ambulante Strahlen- oder Chemotherapie (Anschluss-Rehabilitation) 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 vom / 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
