

## ANTRAG AUF ANERKENNUNG DER BEIHILFEFÄHIGKEIT DER AUFWENDUNGEN EINER HAUSHALTSHILFE NACH § 23 NBHVO

Niedersächsische Versorgungskasse  
**Abteilung Beihilfen**  
Postfach 81 04 04  
30504 Hannover

Beihilfe-Nummer

Beihilfeberechtigte/r

Name, Vorname

Geburtsdatum

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

### 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:

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### 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 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 Lebens- partnerin/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 Haushalts- hilfe 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 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

- 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

**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/s Beihilfeberechtigten

--	--

Beihilfe-Nummer

Geburtsdatum

**Beihilfeberechtigte/r**

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, Reha-bilitationsmaßnahme oder Suchtbe-handlung) 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 (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