



Sehr geehrte Familie,

dies ist ein Blanko-Antrag auf Haushaltshilfe, den wir erstellt haben.

Es könnte sein, dass Ihre Krankenkasse ein eigenes Antragsformular nutzt und wünscht.

Bitte klären Sie dies vorab selbst. Vielen Dank.

Dorfhelferinnenwerk Sölden e.V.

Antrag auf Haushaltshilfe

	Mitglied:	Ehe-/Lebenspartner:
Name, Vorname	_____	_____
Geburtsdatum	_____	_____
KV-Nr:	_____	_____
Straße, Hausnummer	_____	_____
PLZ, Wohnort	_____	_____
Telefon <i>(Angabe freiwillig)</i>	_____	_____
Arbeitgeber	_____	_____
Regelmäßige Arbeitszeit	von _____ bis _____ Uhr an _____ Tagen pro Woche	von _____ bis _____ Uhr an _____ Tagen pro Woche
Familienstand	ledig verheiratet eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnersgesetz – LPartG (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen) geschieden seit _____ getrennt lebend verwitwet	

Angaben zum Grund der Antragstellung

Eine Haushaltshilfe wird beantragt, weil in der Zeit vom _____ bis _____
 ich mein Ehe-/Lebenspartner den Haushalt nicht weiterführen kann.

Grund: akute schwere Krankheit (bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)
 Begleitung eines Versicherten (bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)
 Krankenhausbehandlung Kurmaßnahmen
 ambulante Entbindung stationäre Entbindung

Ursache der Erkrankung:

Arbeitsunfall/Berufskrankheit Versorgungsleiden Schädigung durch Dritte Sonstiger Unfall

In meinem Haushalt leben folgende Kinder:

(Bei Kindern, die behindert und auf Hilfe angewiesen sind, bitte Art der Behinderung angeben)

Name	Vorname	Geb.-Datum	Betreuung (bitte Uhrzeit angeben) außerhalb des Haushalts, z.B. Schule / Kindergarten. Wenn privat, bitte Name / Anschrift angeben:	Tage pro Woche

Leben noch andere Personen im Haushalt?

Ja

Nein

Der Haushalt wurde bisher geführt:

alleine

teilweise

überwiegend

vom:

Ehe- / Lebenspartner

Mitglied

sonstige Person Name/Anschrift _____

Der Haushalt kann durch eine im Haushalt lebende Person weitergeführt werden.

ganz

teilweise

nicht

eine/n Beschäftigte/n einer Organisation (Name/Anschrift):

Dorfhelferinnenwerk Sölden e.V., Bürglestr. 12, 79294 Sölden

Station: _____

Angaben über den Zeitraum:

Die Haushaltshilfe wird voraussichtlich für die Zeit vom _____ bis _____ für folgende Tage beantragt:

				Erläuterung:
Montag	von	_____	bis _____ Uhr	_____
Dienstag	von	_____	bis _____ Uhr	_____
Mittwoch	von	_____	bis _____ Uhr	_____
Donnerstag	von	_____	bis _____ Uhr	_____
Freitag	von	_____	bis _____ Uhr	_____
Samstag	von	_____	bis _____ Uhr	_____
Sonntag	von	_____	bis _____ Uhr	_____

Datum: _____

Unterschrift Versicherter: _____