

Versicherungsnummer

Antrag auf Haushaltshilfe oder Kinderbetreuungskosten

CA0581

Der Antrag sollte vor Beginn der Leistung zur Teilhabe gestellt werden!

Bitte beachten Sie die ausführlichen Informationen zum Antrag im Formular CA0580!

1 Angaben zur Person und zur Arbeitszeit der Versicherten / des Versicherten

Name, Vorname						Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)						Telefon (Angabe freiwillig)
Gewöhnliche regelmäßige Arbeitszeit einschließlich Fahrzeit zu und von der Arbeitsstätte						
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)
Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)

2 Alle weiteren im Haushalt lebenden Personen (Falls Platz nicht ausreicht, bitte neues Blatt verwenden)

	1	2	3
Name, Vorname (zum Beispiel Ehegattin, Ehegatte, Lebenspartnerin, Lebenspartner, Familienangehörige, Kind)			
Geburtsdatum			
Verwandtschaftsverhältnis			
Art der Berufstätigkeit; Schule, Kindergarten			
Arbeitszeit, Schulzeit, Kindergartenzeit (Bitte Nachweise beifügen!) einschließlich Fahrzeiten	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)
Wochentage			

3 Hat eines der in Ziffer 2 genannten Kinder eine Behinderung und ist deshalb auf Hilfe angewiesen?

<input type="checkbox"/>	nein
	Name des Kindes _____
<input type="checkbox"/>	ja _____
	Seit wann liegt die Behinderung vor? _____

Bitte Nachweise beifügen!

Versicherungsnummer

noch Ziffer 6.1

6.1.2 <input type="checkbox"/> eine mit mir nicht oder nicht bis zum 2. Grad verwandte oder verschwägerte Person		
Name, Vorname		Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		
Ich beantrage folgende Kostenerstattung:		
<input type="checkbox"/> Vergütung für die Haushaltsführung		
<input type="checkbox"/> Nettoverdienstausschlag		
<input type="checkbox"/> Fahrkosten		
6.1.3 <input type="checkbox"/> ein sozialer Dienst		
Name der Organisation		Telefon
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		
6.2 Die Haushaltshilfe wird tätig:		
<input type="checkbox"/> für die gesamte Dauer der Leistung zur Teilhabe <input type="checkbox"/> an folgenden Tagen in der Woche:		
Wochentag	Uhrzeit (von - bis)	Name der Haushaltshilfe (Ziffer 6.1)
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		
6.3 Erhalten Sie oder Ihr Kind von anderen Stellen (zum Beispiel Jugendamt) unterstützende Hilfen zur Haushaltsführung / Kinderbetreuung?		
Name der Stelle		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____		
Art der unterstützenden Hilfe	Aktenzeichen	Telefon
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		

Bitte Nachweise beifügen!

Versicherungsnummer

7.2 Für welchen Zeitraum soll die Unterbringung erfolgen?

für die gesamte Dauer der Leistung zur Teilhabe an folgenden Tagen in der Woche:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
zu Ziffer 7.1.1	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)
zu Ziffer 7.1.2	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)
zu Ziffer 7.1.3	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)

8 Kinderbetreuungskosten

Name und Anschrift der Betreuungseinrichtung oder Betreuungsperson	
Name	Telefon (Angabe freiwillig)
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)	

9 Erklärung der Versicherten / des Versicherten

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen und zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können. Ich verpflichte mich, alle Veränderungen, die im Zusammenhang mit der Antragstellung stehen, der Arbeitsgemeinschaft sofort mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

Haben Sie alle erforderlichen Unterlagen beigelegt?

zu Ziffer 2

Nachweise über

- Arbeitszeit
- Schulzeit
- Kindergartenzeit

zu Ziffer 3

- Schwerbehindertenausweis
- Anerkennungsbescheid über den Grad der Behinderung
- Anerkennungsbescheid über Pflegebedürftigkeit
- andere Nachweise: _____

