

Anlage zum Beihilfenantrag vom



Familien-/Haushaltshilfe

§ 29 Beihilfenverordnung Rheinland-Pfalz (BVO)

Beihilfe-Nr.

Name/Vorname

In der Zeit vom _____ bis _____ befand ich/sich
☐ mich ☐ mein/e Ehegattin/e ☐ mein/e Lebenspartner/in ☐ das Kind ¹⁾,
in notwendiger außerhäuslicher Unterbringung
(Krankenhaus, häusliche Krankenpflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung,
Palliativversorgung, med. Vorsorge Mutter-Kind-/Vater-Kind-Maßnahme, Sanatorium,
Heilkur, Entbindungsanstalt)

in _____

Der Haushalt wird von der erkrankten Person allein geführt. Sie ist

- ☐ Alleinerziehende/r ²⁾,
☐ nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ³⁾,
☐ alleinstehend

Die Weiterführung des Haushaltes durch eine Familien-/Haushaltshilfe ist erforderlich, weil

- ☐ ich selbst pflegebedürftig bin – Pflegegrad: _____
☐ mein/e _____ als berücksichtigungsfähige/r Angehörige/r
im Haushalt verbleibt und pflegebedürftig ist,
☐ in meinem Haushalt mindestens ein Kind unter 15 Jahren verbleibt
und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann ⁴⁾.

Handelt es sich um eine Unterbringung im Haushalt eines nahen Angehörigen ⁵⁾?

- ☐ Ja ☐ Nein

Beihilfe-Nr.

Die Familien- und Haushaltshilfe wurde wie folgt in Anspruch genommen ⁶⁾.

- | | | |
|--------------------------|---|------------------------------------|
| ☐ | während der außerhäuslichen Unterbringung | von _____ bis _____ an _____ Tagen |
| ☐ | im Anschluss an eine außerhäuslichen Unterbringung * | von _____ bis _____ an _____ Tagen |
| ☐ | nach Ende einer ambulanten Operation * | von _____ bis _____ an _____ Tagen |
| ☐ | nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung * | von _____ bis _____ an _____ Tagen |
| ☐ | aufgrund schwerer Krankheit, akuter Verschlimmerung einer Krankheit * | von _____ bis _____ an _____ Tagen |
| ☐ | wegen ärztlich verordneter Bettruhe bei Schwangerschaft * | von _____ bis _____ an _____ Tagen |
| ☐ | wegen ambulanter Geburt oder Geburt in häuslicher Umgebung | von _____ bis _____ an _____ Tagen |

*** Notwendigkeit muss ärztlicherseits bescheinigt werden**

Als Vergütung wurde gezahlt (**Rechnung bzw. Quittung liegt bei**)

- | | | | |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|------------------|
| ☐ | stündlich: _____ € | ☐ | täglich: _____ € |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|------------------|

Datum

Unterschrift

Erläuterung:

- 1) Begleitperson eines stationär aufgenommenen Kindes, wenn nach ärztlicher Bescheinigung die Begleitung wegen des Alters des Kindes und der einer stationären Langzeittherapie erfordernden Geschwulsterkrankung oder vergleichbaren schweren Erkrankungen medizinisch notwendig ist
- 2) Alleinerziehende sind Mütter oder Väter, die mit ihrem berücksichtigungsfähigen Kind, für das ihnen die Personensorge übertragen wurde, in einem Haushalt leben.
- 3) Geringfügig erwerbstätig ist, wer weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten beschäftigt ist.
- 4) Aus krankheits- oder berufsbedingten Gründen nicht möglich. Berufsbedingte Gründe liegen an arbeitsfreien Tagen nicht vor. Ärztliche oder berufliche Bescheinigung der/des Ehegattin/e bzw. der/des Lebenspartner/in ist beizufügen.
- 5) Nahe Angehörige sind: Ehegatte, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkel, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister der/s Beihilfeberechtigten oder der/s berücksichtigungsfähigen Angehörigen
- 6) Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind bis zu 28 Tagen beihilfefähig. Verbleiben Personen nach § 29 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 BVO im Haushalt, sind die Aufwendungen nach § 29 Abs. 2 Satz 1 BVO für bis zu 26 Wochen beihilfefähig.

Nähere Informationen zu den Zwecken der Verarbeitung Ihrer Daten sowie zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) erhalten Sie im Internet auf der Homepage der ppa unter der Adresse www.ppa-duew.de/beihilfe/beihilfenabrechnung im Bereich Download „Datenschutzhinweise“.