

Anlage zum Beihilfeantrag vom

Familien-/Haushaltshilfe

§ 29 Beihilfenverordnung Rheinland-Pfalz (BVO)

Beihilfe-Nr.

Name/Vorname

In der Zeit vom _____ bis _____ befand ich/sich

mich mein Ehegatte das Kind₁₎,

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

- 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 nach beigefügter ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung wie folgt in Anspruch genommen 6).

- | | | |
|--------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | während der außerhäuslichen Unterbringung | von _____ bis _____ an _____ Tagen |
| <input type="checkbox"/> | im Anschluss an eine außerhäuslichen Unterbringung | von _____ bis _____ an _____ Tagen |
| <input type="checkbox"/> | nach Ende der ambulanten Operation | von _____ bis _____ an _____ Tagen |
| <input type="checkbox"/> | nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung | von _____ bis _____ an _____ Tagen |
| <input type="checkbox"/> | aufgrund schwerer Krankheit, akuter Verschlimmerung einer Krankheit | von _____ bis _____ an _____ Tagen |

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

- | | | | |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | stündlich: _____ € | <input type="checkbox"/> | 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.
- 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 (pflegebedürftig oder Kind unter 15 Jahren) 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/beihilfenberechnung, Bereich Download „Datenschutzhinweise“.