

Verlängerungsantrag auf Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)



Name, Vorname der/des Versicherten

KV-Nummer

Anschrift

Telefon*

Die Weiterführung meines Haushaltes ist mir noch nicht möglich.

Ich beantrage eine Verlängerung der Haushaltshilfe für den Zeitraum

vom _____ bis _____

Ich benötige Hilfe an folgenden Tagen zu folgenden Zeiten:

Montag	Uhrzeit von – bis _____
Dienstag	Uhrzeit von – bis _____
Mittwoch	Uhrzeit von – bis _____
Donnerstag	Uhrzeit von – bis _____
Freitag	Uhrzeit von – bis _____
Samstag	Uhrzeit von – bis _____
Sonntag	Uhrzeit von – bis _____

- Ein ärztliches Attest liegt bei.**
- Meine bereits angegebenen Daten haben sich nicht geändert.**
- Meine bereits angegebenen Daten haben sich wie folgt geändert:**

Erklärung:

Meine Angaben sind vollständig und wahrheitsgemäß. Änderungen, die sich während der Tätigkeit der Haushaltshilfe ergeben, teile ich der AOK Hessen unverzüglich mit.

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zur Prüfung des Anspruchs auf Haushaltshilfe nach § 38 SGB V, § 24h SGB V oder § 74 SGB IX erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I in Verbindung mit § 99 SGB X erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen hinsichtlich der Leistungsansprüche führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter agida.de/datenschutz. Die mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.