Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Antrag auf Haushaltshilfe oder Kinderbetreuungskosten

G581

Der Antrag ist vor Beginn der Leistung zur Teilhabe zu stellen!

Beantragte Leistung

☐ Haushaltshilfe

☐ Kinderbetreuungskosten

☐ Mitnahme des Kindes oder der Kinder in die Rehabilitationseinrichtung

☐ Kostenübernahme für Verdienstausfall oder Fahrkosten

1 Angaben zur Person und zur Arbeitszeit der Antragstellerin / des Antragstellers

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)	

Regelmäßige Arbeitszeit mit 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)

Bitte Nachweise beifügen!

2 Weitere im Haushalt lebende Personen (Falls Platz nicht ausreicht, bitte neues Blatt verwenden)

	1	2	3
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Familienangehörigkeit / Verwandtschaftsverhältnis			
Art der Berufstätigkeit; Schule, Kindergarten			
Arbeitszeit, Schulzeit, Kindergartenzeit einschließlich Fahrzeit (von - bis) Bitte Nachweise beifügen!			
Wochentage			

3 Ist eines der in Ziffer 2 genannten Kinder behindert und auf Hilfe angewiesen?

Name des Kindes	Art der Behinderung

☐ nein ☐ ja

Bitte Nachweise beifügen!

G0581 PDF
V004 - 24.06.2013 - 4

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

4 Haushaltsführung

4.1 Der Haushalt wird bislang

☐ von mir selbst geführt.

☐ von mir gemeinsam mit _____ (Name, Vorname) geführt.

☐ von _____ (Name, Vorname) geführt.

4.2 Wer hat bisher die in Ziffer 2 genannten Kinder außerhalb der Schulzeit oder Kindergartenzeit betreut?

4.3 Kann eine der in Ziffer 2 benannten Personen die Haushaltsführung während der Leistung zur Teilhabe übernehmen?

☐ nein ☐ ja _____ (Name, Vorname)

Falls nein, bitte begründen und gegebenenfalls Nachweise beifügen.

4.4 Wer führt den Haushalt während der Leistung zur Teilhabe weiter und für welchen Zeitraum wird Haushaltshilfe beantragt?

4.4.1 ☐ Ehegatte, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz oder einer eheähnlichen Gemeinschaft, Verwandte oder Verschwägerte bis zum 2. Grad

Name, Vorname	Verwandtschaftsverhältnis	Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)

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

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)

4.4.2 ☐ eine nicht oder nicht bis zum 2. Grad mit dem Versicherten verwandte oder verschwägerte Privatperson

Name, Vorname	Telefon	Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)

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

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)

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

4.4.3 ☐ sozialer Dienst (zum Beispiel Caritasverband)

Name der Organisation	Telefon

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

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

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)

4.5 Erhalten Sie von anderen Stellen (zum Beispiel Jugendamt, Pflegekasse) unterstützende Hilfen zur Haushaltsführung / Kinderbetreuung

☐ nein ☐ ja, von

Name der Stelle	Aktenzeichen	Telefon

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

5 Kosten der Haushaltshilfe

Wie hoch sind die voraussichtlich entstehenden Kosten für die Haushaltshilfe?

5.1 bei der Haushaltsführung durch Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz oder einer eheähnlichen Gemeinschaft, Verwandte oder Verschwägerte bis zum 2. Grad (Ziffer 4.4.1)

voraussichtlicher Nettoverdienstausfall _____ EUR Fahrkosten _____ EUR

Bitte reichen Sie das Formular G560 (Antrag auf Erstattung des entstandenen Verdienstausfalls oder Einkommensausfalls) nach Abschluss der Leistung zur Teilhabe nach.

5.2 bei der Haushaltsführung durch eine nicht oder nicht bis zum 2. Grad mit dem Versicherten verwandte oder verschwägerte Privatperson (Ziffer 4.4.2)

5.2.1 Vergütung für die Haushaltsführung einschließlich Fahrkosten, aber ohne Verpflegungskosten für das Kind.

☐ stündlich _____ EUR ☐ täglich _____ EUR

5.2.2 Verdienstausfall

voraussichtlicher Nettoverdienstausfall _____ EUR Fahrkosten _____ EUR

Bitte reichen Sie das Formular G560 (Antrag auf Erstattung des entstandenen Verdienstausfalls oder Einkommensausfalls) nach Abschluss der Leistung zur Teilhabe nach.

5.3 bei der Haushaltsführung durch soziale Dienste (Ziffer 4.4.3)

☐ stündlich _____ EUR ☐ täglich _____ EUR

Die Vergütungssätze entsprechen den mit den gesetzlichen Krankenkassen bestehenden Vergütungsvereinbarungen für eine Haushaltshilfe?

☐ nein ☐ ja, mit welcher Stelle: _____

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

6 Unterbringungskosten anstelle einer Haushaltshilfe

6.1 Welche der in Ziffer 2 benannten Kinder **unter 12 Jahren** oder ältere behinderte und auf Hilfe angewiesene Kinder sind wegen der Leistung zur Teilhabe außerhalb des eigenen Haushalts unterzubringen?

lfd. Nr.	Name, Vorname der Kinder
1	
2	
3	

6.2 Wo und für welchen Zeitraum soll die Unterbringung erfolgen?

6.2.1 ☐ bei Verwandten oder Verschwägerten (für das in Ziffer 6.1, Nummer _____ genannte Kind)

Name, Vorname	Verwandtschaftsverhältnis
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)	

6.2.2 ☐ bei sonstigen Privatpersonen (für das in Ziffer 6.1, Nummer _____ genannte Kind)

Name, Vorname
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)

6.2.3 ☐ in einer Einrichtung, zum Beispiel Kinderheim, Pflegeheim, Kindertagesstätte (für das in Ziffer 6.1, Nummer _____ genannte Kind)

Name der Einrichtung	Telefon
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)	

6.2.4 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 6.2.1	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)
zu Ziffer 6.2.2	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)
zu Ziffer 6.2.3	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)

6.2.5 Voraussichtlich entstehende Kosten wegen der Leistung zur Teilhabe
Angaben ohne Verpflegungskosten für das Kind.

Höhe der stündlichen Kosten in EUR	Höhe der täglichen Kosten in EUR	Höhe der gesamten Kosten in EUR

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

6.3 ☐ Das in Ziffer 6.1, Nummer _____ genannte Kind soll in die Rehabilitationseinrichtung mitgenommen werden.

7 Kinderbetreuungskosten

7.1 Name und Anschrift der Betreuungseinrichtung oder Betreuungsperson

Name	Telefon

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

7.2 Zusätzlich entstehende Kosten der Kinderbetreuung wegen der Leistung zur Teilhabe:
Angaben einschließlich Fahrkosten, aber ohne Verpflegungskosten für das Kind.

☐ monatlich _____ EUR ☐ täglich _____ EUR

Art der Kosten (Bitte Nachweise beifügen):

8 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, dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

G0581 PDF
V004 - 24.06.2013 - 4