

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)



Deutsche
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

--	--	--	--

Antrag auf Haushaltshilfe oder Kinderbetreuungskosten

G0581

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

Bitte beachten Sie die ausführlichen Informationen zum Antrag im Formular G0580!

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

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

4 Angaben zur Haushaltsführung

4.1 Der Haushalt wird gewöhnlich

von mir geführt.

Name, Vorname

von mir gemeinsam mit _____ geführt.

Name, Vorname

von _____ geführt.

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

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

Name, Vorname

nein ja

Falls nein, bitte begründen und gegebenenfalls Nachweise beifügen.

5 Ich beantrage folgende Leistung / Leistungen

5.1 Haushaltshilfe in Form der

Weiterführung des Haushaltes durch eine Ersatzkraft für das Kind / die Kinder

_____ (weiter bei Ziffer 6)

Unterbringung des Kindes / der Kinder _____
außerhalb des Haushaltes (weiter bei Ziffer 7)

Mitnahme des Kindes / der Kinder _____
in die Rehabilitationseinrichtung (weiter bei Ziffer 9)

5.2 Kinderbetreuungskosten für das Kind / die Kinder

_____ (weiter bei Ziffer 8)

6 Weiterführung des Haushaltes durch eine Ersatzkraft

6.1 Meinen Haushalt führt während der Leistung zur Teilhabe weiter:

6.1.1 Ehegatte, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Lebenspartner nach dem
Lebenspartnerschaftsgesetz oder eine mit mir bis zum 2. Grad verwandte oder verschwägerte Person

Name, Vorname

Verwandtschaftsverhältnis

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)

Ich beantrage folgende Kostenerstattung:

Nettoverdienstaufschlag

Fahrkosten



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

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

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

7 Unterbringung des Kindes / der Kinder außerhalb des Haushaltes

7.1 Wo soll die Unterbringung erfolgen?

7.1.1 bei einer mit mir bis zum 2. Grad verwandten oder verschwägerten Person

Name des Kindes / der Kinder

Name, Vorname

Verwandtschaftsverhältnis

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)

Ich beantrage folgende Kostenerstattung:

Nettoverdienstaufschlag

Fahrkosten

7.1.2 bei einer mit mir nicht oder nicht bis zum 2. Grad verwandten oder verschwägerten Person

Name des Kindes / der Kinder

Name, Vorname

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)

Ich beantrage folgende Kostenerstattung:

Vergütung

Nettoverdienstaufschlag

Fahrkosten

7.1.3 in einer Einrichtung, zum Beispiel Kinderheim, Pflegeheim, Kindertagesstätte

Name des Kindes / der Kinder

Name der Einrichtung

Telefon

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

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, dem Rentenversicherungsträger 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: _____



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

zu Ziffer 4.3

sonstige Nachweise: _____

zu Ziffer 6.3

Kopie des aktuellen Bescheides

Wenn Sie die Vergütung für die Haushaltsführung beantragen, reichen Sie bitte nach:

- Formular G0585 (Abrechnung der Haushaltshilfekosten oder Kinderbetreuungskosten)

Wenn Sie beabsichtigen, einen sozialen Dienst mit der Weiterführung Ihres Haushaltes zu beauftragen, fügen Sie bitte die gegebenenfalls mit der gesetzlichen Krankenversicherung bestehende Vergütungsvereinbarung bei.

Wenn Sie die Erstattung von Fahrkosten beantragen, reichen Sie bitte nach:

- Belege über die entstandenen Fahrkosten

Wenn Sie die Erstattung von Nettoverdienstaufschlag beantragen, reichen Sie bitte nach:

- Formular G0561 (Antrag auf Erstattung des entstandenen Verdienstaufschlags oder Einkommensausfalls)

Wenn Sie die Übernahme von Kinderbetreuungskosten beantragen, reichen Sie bitte nach:

- Formular G0585 (Abrechnung der Haushaltshilfekosten oder Kinderbetreuungskosten), sofern Sie eine private Betreuungsperson in Anspruch nehmen, andernfalls
- eine Kopie des Vertrages mit der Betreuungseinrichtung

