

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

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)

Name, Vorname (zum Beispiel Ehegattin, Ehegatte, Lebenspartnerin, Lebenspartner, Familienangehörige, Kind)						Geburtsdatum
Art der Berufstätigkeit; Schule, Kindergarten:						Verwandtschaftsverhältnis
Arbeitszeit, Schulzeit, Kindergartenzeit ( <b>Bitte Nachweis beifügen!</b> ) einschließlich Fahrzeiten						
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)
Name, Vorname (zum Beispiel Ehegattin, Ehegatte, Lebenspartnerin, Lebenspartner, Familienangehörige, Kind)						Geburtsdatum
Art der Berufstätigkeit; Schule, Kindergarten:						Verwandtschaftsverhältnis
Arbeitszeit, Schulzeit, Kindergartenzeit ( <b>Bitte Nachweis beifügen!</b> ) einschließlich Fahrzeiten						
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) MSAT / MSNR

noch Ziffer 2

Name, Vorname (zum Beispiel Ehegattin, Ehegatte, Lebenspartnerin, Lebenspartner, Familienangehörige, Kind)						Geburtsdatum
Art der Berufstätigkeit; Schule, Kindergarten:						Verwandtschaftsverhältnis
Arbeitszeit, Schulzeit, Kindergartenzeit ( <b>Bitte Nachweis beifügen!</b> ) einschließlich Fahrzeiten						
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)
Name, Vorname (zum Beispiel Ehegattin, Ehegatte, Lebenspartnerin, Lebenspartner, Familienangehörige, Kind)						Geburtsdatum
Art der Berufstätigkeit; Schule, Kindergarten:						Verwandtschaftsverhältnis
Arbeitszeit, Schulzeit, Kindergartenzeit ( <b>Bitte Nachweis beifügen!</b> ) einschließlich Fahrzeiten						
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)

**3 Hat eines der in Ziffer 2 genannten Kinder eine Behinderung und ist deshalb auf Hilfe angewiesen?**

nein  
Name des Kindes \_\_\_\_\_

ja \_\_\_\_\_

Seit wann liegt die Behinderung vor? \_\_\_\_\_ **Bitte Nachweise beifügen!**

**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.



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

## 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:

Nettoverdienstaussfall

Fahrkosten

6.1.2  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:

Vergütung für die Haushaltsführung

Nettoverdienstaussfall

Fahrkosten

6.1.3  ein sozialer Dienst

Name der Organisation

Telefon

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)



**6.2 Die Haushaltshilfe wird tätig:**

für die gesamte Dauer der Leistung zur Teilhabe  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

nein  ja, von \_\_\_\_\_ **Bitte Nachweise beifügen!**

Art der unterstützenden Hilfe	Aktenzeichen	Telefon
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		

**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:

Nettoverdienstaussfall

Fahrkosten



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

**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)

**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)



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

## 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: \_\_\_\_\_

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

