

Name, Vorname	Geb.Datum	BG-Nr.
---------------	-----------	--------

Antrag auf Putz- und Haushaltshilfe für körperlich stark beeinträchtigte Personen

1. Für welche Tätigkeiten wird Hilfe benötigt?

	ja	nein
Zubereitung von Essen		
Einkäufe		
Waschen, Bügeln, Putzen		
Arbeiten außerhalb des Haushaltes (Kehrwoche)		

2. Sind Sie zu den genannten Tätigkeiten verpflichtet (z.B. Treppenreinigung lt. Mietvertrag)?

ja (bitte Nachweis vorlegen) nein

3. Anderweitige Unterstützung z.B. durch Angehörige oder Bekannte möglich?

ja nein

4. Von wem wurde bisher die Tätigkeit ausgeführt? _____

5. Haben Sie beim Landratsamt Leistungen nach dem SGB XI oder XII beantragt?

ja, welche? _____ nein

Datum und Unterschrift

Bestätigung des behandelten Arztes:

1. Es wird bestätigt, dass der Patient die o.g. Tätigkeiten aus gesundheitlichen Gründen nicht ausüben kann ja nein

2. Die maßgeblichen Beeinträchtigungsgründe sind **dauerhaft:** ja nein

3. Pflegebedürftigkeit liegt vor ja nein

4. Pflegestufe ____ liegt vor wurde beantragt liegt nicht vor

Unterschrift und Stempel des Arztes