



Thüringer Landesamt für Finanzen · Beihilfestelle · Ernst-Toller-Straße 14 | 07545 Gera || Postfach 1222 | 07502 Gera
Tel. +49 (0) 361 57 3628-141/143/144 | Fax: +49 (0) 361 57 3628-121 | E-Mail: poststelle-beihilfe@tlf.thueringen.de

Name, Vorname	Personalnummer
---------------	----------------

Familien- und Haushaltshilfe § 24 Thüringer Beihilfeverordnung (ThürBhV)

Bitte fügen Sie für die entstandenen Kosten die jeweiligen Belege/Rechnungen und gegebenenfalls Nachweise über Kostenerstattungen von anderer Seite bei.

1.	Angaben zur sonst den Haushalt führenden Person		
	Name	Vorname	Geburtsdatum

- a) Die sonst den Haushalt führenden Person ist/war
- nicht erwerbstätig vollbeschäftigt
 teilzeitbeschäftigt mit _____ Wochenstunden
 Alleinerziehend

- b) Die unter a) genannte Person war aus folgendem Grund gehindert, den Haushalt fortzuführen:

Hinderungsgrund:	von - bis
_____	_____

2.	Weiterführung des Haushalts
-----------	------------------------------------

- a) Die Weiterführung des Haushalts ist erforderlich, weil
- in meinem Haushalt ständig eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person lebt, die
 ein Kind unter 12 Jahren ist
 pflegebedürftig ist.

Hinweis:

Der Umfang der Pflegebedürftigkeit ist durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung nachzuweisen

keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt, ggf. auch an einzelnen Tagen, weiterführen kann.

- b) Die Weiterführung des Haushalts erfolgte durch
Name, Vorname, Anschrift

- c) Bei der unter 2b) genannten Person handelt es sich um einen nahen Angehörigen, § 24 Satz 4, § 22 Satz 3 ThürBhV*)

Nein Ja

Verwandtschaftsverhältnis: _____

- d) Hatte ein/e in ihrem Haushalt lebende/r Familienangehörige/r während dem unter Nr. 1 a) angegebenen Zeitraum die Möglichkeit, den Haushalt weiter zu führen?

Nein Ja

wer? _____

3.**Auswärtige Unterbringung einer Person**

- a) Wurden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe zu Ihrem Haushalt gehörende Kinder unter 12 Jahren bzw. pflegebedürftige Personen in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht?

Ja

Nein

- b) Wenn ja: Handelt es sich um den Haushalt einer in § 22 Satz 3 ThürBhV genannten Person? (nahe Angehörige)*

Nein

Ja

Verwandtschaftsverhältnis: _____

4.**Sonstige Angaben**

- a) Steht Ihnen oder einem Angehörigen von anderer Seite (z. B. Krankenversicherung) Haushaltshilfe oder Kostenersatz zu?

Nein

Ja

zahlende Stelle: _____

5.**Aufwendungen**

- a) Kosten für die Familien- und Haushaltshilfe:

Entgelt pro Stunde

Entgelt pro Tag

- b) Aufwendungen für eine Person nach Nr. 2 c):

Fahrkosten

Vergütung

- c) Aufwendungen für auswärtige Unterbringung

Kosten für Unterkunft

Fahrkosten

*) nahe Angehörige sind:

- ▷ Ehegatte, eingetragene Lebenspartner, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder
- ▷ Schwiegertöchter, Schwiegersöhne, Schwägerinnen
- ▷ Schwäger, Schwiegereltern, Geschwister

des Beihilfeberechtigten oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Ärztliche Bescheinigungen (nur bei Vorliegen der Grundvoraussetzungen erforderlich)

Familien- und Haushaltshilfe für die ersten 28 Tage nach Entlassung aus stat. Behandlung

Es wird hiermit bescheinigt, dass Frau/Herr

In den ersten 28 Tagen nach Ende der stationären Unterbringung die Führung des Haushalts noch nicht - auch nicht teilweise - wieder übernehmen kann.

Angabe der täglichen Stundenzahl: _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Ärztliche Bescheinigungen (nur bei Vorliegen der Voraussetzungen erforderlich)

Familien- und Haushaltshilfe zur Vermeidung eines stationären Krankenhausaufenthaltes

Es wird hiermit bescheinigt, dass Frau/Herr

Ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt wegen

Diagnose: _____

Durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird:

Für die Zeit vom: _____ bis _____

Angabe der täglichen Stundenanzahl: _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes