



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](mailto: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.

<b>1.</b>	<b>Angaben zur sonst den Haushalt führenden Person</b>		
	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
_____	_____

<b>2.</b>	<b>Weiterführung des Haushalts</b>
-----------	------------------------------------

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