

SVA St.Gallen
Ergänzungsleistungen
Brauerstrasse 54
9016 St.Gallen

**Erstmaliges Gesuch private Haushaltshilfe zu den Ergänzungsleistungen
Danke für sorgsames Ausfüllen**

Guten Tag

Dieser Fragebogen ist als erstmaliges Gesuch für eine private Haushaltshilfe zu den Ergänzungsleistungen bestimmt. Wir können Ihren Antrag prüfen, wenn er vollständig und genau ausgefüllt ist. Fragen Sie bei Unklarheiten nach. Wir verlieren wertvolle Zeit, wenn das Formular nicht korrekt ausgefüllt ist oder Unterlagen fehlen.

Wichtige Hinweise

- Bitte beachten Sie, dass die Fragen auf der Seite zwei vom behandelnden Arzt beantwortet und bestätigt werden müssen.
- Es können maximal CHF 25.00 pro Stunde bzw. CHF 4'800.00 pro Kalenderjahr vergütet werden.

Zwei Fragen nach dem Ausfüllen des Antragsformulars

- Sind alle Zeilen vollständig ausgefüllt?
- Ist das Antragsformular unterschrieben?

Wenn Sie bei der Beantwortung Hilfe brauchen, rufen Sie uns an. Wir geben Ihnen gerne Auskunft.

Wir grüssen Sie freundlich.

SVA St.Gallen

Gesuch private Haushaltshilfe zu den Ergänzungsleistungen

Versicherten-Nr. _____

Name _____ Vorname _____

1. Weshalb können Sie keine Haushaltsarbeiten vornehmen?

Begründung _____

2. Wie viele Zimmer umfasst die Wohnung bzw. das Haus? Anzahl Zimmer _____

3. Wieviele Personen (Sie eingeschlossen) wohnen im Haushalt? Anzahl Personen _____

4. Können Ihre Mitbewohner diese Arbeiten übernehmen? ja nein

Wenn nein, aus folgenden Gründen _____

5. Wer verrichtet die Haushaltshilfe?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____ PLZ, Ort _____

6. Wie viele Stunden werden voraussichtlich für die Haushaltshilfe pro Woche benötigt?

– leichte Haushaltsarbeiten (Abstauben, Geschirr abwaschen usw.) Stunde(n) _____

– schwere Haushaltsarbeiten (Bad/WC reinigen, Boden aufnehmen usw.) Stunde(n) _____

– Staubsaugen Stunde(n) _____

– Wäsche waschen/bügeln Stunde(n) _____

– Kochen Stunde(n) _____

– Einkaufen Stunde(n) _____

Datum _____ Unterschrift _____

Die folgenden Fragen sind vom behandelnden Arzt zu beantworten und zu bestätigen

Betrifft Patient/in

Name	Vorname
Adresse	PLZ, Ort

1. Diagnose

2. Ist die Hilfe im Haushalt medizinisch notwendig? ja nein

Wenn ja, aus folgenden Gründen

3. Bei welchen Haushaltsarbeiten benötigt die oben genannte Person Hilfe durch Dritte?

- leichte Haushaltsarbeiten (Abstauben, Geschirr abwaschen usw.)
- schwere Haushaltsarbeiten (Bad/WC reinigen, Boden aufnehmen usw.)
- Staubsaugen
- Fenster reinigen
- Wäsche waschen/bügeln
- Kochen
- Einkaufen

4. Bemerkungen

Datum	Unterschrift
-------	--------------