Ausfüllanleitung für Anträge nach der Soldaten-Haushaltshilfen-Verordnung (SHV)

I. Allgemeines

Antragsberechtigt sind
- Soldatinnen und Soldaten
- Zivilbeschäftigte, die im Soldatenstatus an einer in § 1 Absatz 1 SHV genannten Maßnahme teilnehmen
- Bevollmächtigte der Antragstellerin bzw. des Antragstellers.

Bevollmächtigte der Antragstellerin bzw. des Antragstellers fügen die Vollmacht beim Erstantrag bei und geben die Personalnummer der Antragstellerin bzw. des Antragstellers ein.

II. Antrag

Den Erstantrag füllen Sie bitte vollständig aus.

Bei Folgeanträgen werden die Angaben der Nummern 1 und 2 sowie die Bestätigung nach Nummer 9 nicht mehr benötigt.

Kopf des Antrages:

Bitte vollständig ausfüllen und unbedingt die Personalnummer angeben.

Zu Nr. 1:

Bitte geben Sie an, an welcher der aufgeführten Maßnahme Sie bzw. Ihr Ehepartner/Lebenspartner (Auswahl aus der Drop-down Liste) teilnehmen. Des Weiteren wird die Angabe zum Zeitraum und des Landes sowie Ortes benötigt.

Zu Nr. 2:

Bitte geben Sie den Zeitraum, in dem die Betreuungs-/Pflegesituation aufgetreten ist/auftreten wird, sowie Name, Geburtsdatum und Verwandtschaftsverhältnis der zu betreuenden/pflegenden Person an.

Bitte legen Sie die Betreuungs-/Pflegesituation schlüssig dar. Falls erforderlich, nutzen Sie eine gesonderte Anlage.

Im Falle der Pflegebedürftigkeit einer bzw. eines Angehörigen fügen Sie dem Antrag als Nachweis ein ärztliches Gutachten, eine Bescheinigung der Pflegekasse, eine Bescheinigung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eine Bescheinigung der privaten Pflegeversicherung bei.

Zu Nr. 3:

Sie können die Erstattung der Kosten für eine Familien- und Haushaltshilfe in einer Summe oder als monatliche Teilzahlung beantragen.

Bitte geben Sie die Höhe der Kosten pro Stunde und die Gesamtsumme an und fügen Sie den Nachweis im Original bei.

Zu Nr. 4:

Geben Sie Namen und Anschrift der Familien- und Haushaltshilfe an. Nutzen Sie einen gewerblichen Dienstleister wie z.B. Caritas, Arbeiterwohlfahrt etc. geben Sie dies bitte ebenfalls an.

Zu Nr. 5:

Bitte erläutern Sie die Betreuungs- oder Pflegeleistung ausführlich und abschließend unter Angabe der Stundenzahl pro Tag.

Zu Nr. 6:

Bitte geben Sie an, ob Sie bereits vor der unter 1 angegebenen Maßnahme eine Familien- und Haushaltshilfe in Anspruch genommen haben und wenn ja, ob die Zeit der Inanspruchnahme der Familien- und Haushaltshilfe erhöht werden musste und fügen den Nachweis über die Erhöhung bei.

Zu Nr. 7:

Bitte geben Sie Ihre inländische Kontoverbindung an.

Zu Nr. 8:

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben. Bitte beachten Sie, dass jegliche Änderungen zu den Angaben im Antrag unverzüglich anzuzeigen sind.

Zu Nr. 9:

Die Bestätigung durch die oder den nächsthöhere(n) Disziplinarvorgesetzte(n) ist beim Erstantrag zwingend erforderlich.

Bevollmächtigte der Antragstellerin bzw. des Antragstellers geben unter *Dienststelle mit Anschrift* an, wer die oder der nächsthöhere Disziplinarvorgesetzte ist, damit das BAPersBw die erforderliche Stellungnahme einholen kann.

III. Hinweis

In Zweifelsfällen können Sie sich an das Bundesamt für Personalmanagement der Bundeswehr – Referat I 2.2.3, Tel.: 02241 -15 – 3370 oder 02241 -15 – 3367,AllgFspWNBw 3471 – oder an den örtlich zuständigen Sozialdienst der Bundeswehr – bundeswehr.de: Sozialdienst der Bundeswehr – Partner im Netzwerk der Hilfe wenden

☐ Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen sowie nicht Zutreffendes streichen

Antragsteller/Bevollmächtigter des Antragstellers (bitte Vollmacht beifügen) (Name, Vorname, Dienstgrad/vorläufiger Dienstgrad)	Personalnummer:	
Dienststelle mit Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	Bw-Fernwahl	Hausruf
Privatanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	Telefon (Vorwahl, Ruf)	

Bewilligungsstelle	Eingangsstempel
Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr - Referat I 2.2.3 - Alte Heerstraße 81 53757 Sankt Augustin	

☐ **Erstantrag**

☐ **Folgeantrag** (weiter mit Nummer 3; ohne Nummer 9 direkt an BAPersBw I 2.2.3)

auf Kostenerstattung gemäß Soldaten-Haushaltshilfen-Verordnung – SHV

1

Ich/ nehme/nimmt an folgender Maßnahme teil

Bezeichnung der Maßnahme, Ort

☐ besondere Verwendung im Ausland nach § 56 Absatz 1 Bundesbesoldungsgesetz
in der Zeit vom bis

☐ einsatzvorbereitende Ausbildung
in der Zeit vom bis

☐ Mitwirkung an der Erfüllung einer einsatzgleichen Verpflichtung der Bundesrepublik Deutschland
in der Zeit vom bis

☐ Mitwirkung an der Erfüllung von Dauereinsatzaufgaben der Bundesrepublik Deutschland
in der Zeit vom bis

2

Betreuungs-/Pflegesituation vom bis (bei Pflegebedürftigkeit bitte Nachweis beifügen)	**für** . . . Name, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis

Während der Dauer der unter 1 genannten Maßnahme ist die Betreuung meines Kindes/meines pflegebedürftigen Angehörigen nur durch den Einsatz einer Familien- und Haushaltshilfe sichergestellt (Darlegung der Betreuungs-/Pflegesituation):

Zu meinem Haushalt gehören darüber hinaus noch folgende Personen

Name, Vorname	geboren am

Ich bestätige, dass

☐ eine nahe Bezugsperson nicht verfügbar ist

☐ die Kosten nicht nach anderen Vorschriften auch nur teilweise erstattet werden

3

Ich beantrage die Erstattung der Kosten für eine Familien- und Haushaltshilfe

☐ in einer Summe

☐ als Teilzahlung für den Monat

Höhe der Betreuungs- oder Pflegekosten

Euro/Stunde **Gesamtkosten:**

☐ der Nachweis ist im Original beigefügt

4

Name und Anschrift der Familien- und Haushaltshilfe

5

Spezifizierung der Betreuungs- oder Pflegeleistung mit Angabe der Stundenzahl pro Tag

6

Wurde bereits vorher eine Familien- und Haushaltshilfe in Anspruch genommen?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, musste aufgrund der Teilnahme an der unter 1 genannten Maßnahme die Zeit der Inanspruchnahme erhöht werden?

☐ ja, um Stunden ☐ nein
(bitte Nachweis beifügen)

7

Kontoverbindung

Kontoinhaber	Geldinstitut	IBAN	BIC

8

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen der Betreuungs- und Pflegesituation werde ich unverzüglich anzeigen.

Ort, Datum	Unterschrift

9

Dienststelle Ort, Datum

Bestätigung durch die nächsthöhere Disziplinarvorgesetzte bzw. den nächsthöheren Disziplinarvorgesetzten

, ,
Name, Vorname, Dienstgrad, vorläufiger Dienstgrad

nimmt an der unter 1 angegebenen Maßnahme teil

☐ ja ☐ nein

hat die Betreuungs-/Pflegesituation unverzüglich angezeigt

☐ ja ☐ nein

kann aus zwingenden Gründen nicht aus der Maßnahme herausgelöst werden

☐ ja ☐ nein

Im Auftrag

Unterschrift	Stempel der Dienststelle