



Antrag auf Zahlung einer Beihilfe - Anlage "Pflege"

Aufwendungen für dauernde Pflege zum Beihilfeantrag der / des

Name, Vorname

Datum (TT.MM.JJJJ)

vom

1. Angaben zur Pflegeversicherung

Versicherte Person	In der privaten Pflegeversicherung	In der sozialen Pflegeversicherung		
		Mitglied	Familierversichert über	
Antragsteller (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ehegatte/eingetragener Lebenspartner (E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (A)	
Kind 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (A)	<input type="checkbox"/> (E)
Kind 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (A)	<input type="checkbox"/> (E)

2. Angaben zu Pflegeleistungen

Pflegebedürftige Person

Name, Vorname	Pflegestufe <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall
---------------	--

Einstufungs- bzw. Bewilligungsbescheid der Pflegeversicherung (nur bei erstmaliger Beantragung von Beihilfe zu Pflegeleistungen oder bei Änderungen erforderlich)	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
---	---

Häusliche Pflege	Stationäre Pflege	Ambulant betreute Wohngruppe	Sonstige Leistungen
<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Vollst. Pflege	<input type="checkbox"/> Wohngruppenzuschlag	<input type="checkbox"/> zusätz. Betreuungsleistungen
<input type="checkbox"/> Pflegeperson	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> Wohnumfeldverbesserung	<input type="checkbox"/> Ersatzpflege/Verhinderungspflege
<input type="checkbox"/> Kombination	<input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege	<input type="checkbox"/> Anschubfinanzierung	<input type="checkbox"/>

Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der Pflegeperson (nur bei erstmaliger Beantragung von Beihilfe zu Pflegeleistungen oder bei Änderungen erforderlich)	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
--	---

Bei häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en):	Dauer der Pflege (ggf. je Pflegeperson): Stunden/Woche
	Dauer der Pflege (Antragszeitraum)	vom _____ bis _____
	Unterbrechung der Pflege wegen	
	<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt der pflegebedürftigen Person <input type="checkbox"/> Stat. Rehabilitationsmaßnahme der pflegebedürftigen Person <input type="checkbox"/> Urlaub der pflegebedürftigen Person <input type="checkbox"/> Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson	vom _____ bis _____ vom _____ bis _____ vom _____ bis _____ vom _____ bis _____

Bei vollstationärer Pflege (nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen) Bitte Nachweise beifügen	Bei Beantragung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bitte angeben und Nachweise über die Bezüge, Renten usw. beifügen (Angaben über die Bezüge des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners sind nur erforderlich, wenn er stationär gepflegt wird.)		
		Antragsteller	Ehegatte/eingetragener Lebenspartner
	Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto ohne sonstige variable Bezügebestandteile)		
	Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters-/Hinterbliebenenversorgung		
	Arbeitsentgelt / Lohnersatzleistung		