

Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

P

und/oder erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf

Bei erstmaliger Antragstellung mit diesem Vordruck:
Bitte alle Fragen beantworten

Bei wiederholter Antragstellung:
Haben sich Änderungen bei den Fragen 3 – 5 gegenüber den Angaben im letzten Antrag auf Beihilfe ergeben?

☐ nein (nur Nr.1,2 u. 6 ausfüllen)

☐ ja (Nr.1 - 6 vollständig ausfüllen)

						Pers.-Nr. oder Beihilfe-Nr.			
1	Name, Vorname, Amtsbezeichnung der antragstellenden Person					Geburtsdatum			
	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort					Telefon tagsüber			
	Dienststelle								
	Beurlaubung ohne Dienstbezüge i.d. letzten 12 Monaten:			☐ nein	ja Grund: vom bis				
	Familienstand	verheiratet seit:	geschieden seit:	verwitwet/ hinterblieben seit:	getrennt lebend seit:	eingetragene Lebenspartnerschaft seit: ¹⁾			
☐ ledig					☐ aufgehoben seit:				
Vorname des Ehegatten / Lebenspartners, ggf. abweichender Familienname ²⁾					Geburtsdatum ²⁾				
2	Es ist ein Abschlag gewährt worden			durch Bescheid vom		in Höhe von			
3	Ich bitte, die Beihilfe zu überweisen auf das Konto Nr.			Bankleitzahl		bei (Bank, Sparkasse, Postbank)			
4	Kinder (Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder -§ 2 Abs. 2 BVO- angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen geltend gemacht werden) - ab 4 Kindern bitte Beiblatt benutzen - Name, Vorname			Geburtsdatum		Erhalten Sie oder Ihr Ehegatte / Lebenspartner für das Kind Kindergeld ?	Falls nein: Ist das Kind im Familienzuschlag berücksichtigt oder berücksichti- gungsfähig ?	Anspruchs- zeitraum ^{3,4)} (vom/bis)	Hat eine andere Person für das Kind Anspruch auf Beihilfe? Falls ja: Bitte die Original- belege beifügen
	1					☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein		☐ ja ☐ nein
	2					☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein		☐ ja ☐ nein
	3					☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein		☐ ja ☐ nein
5	Antragstellende Person, Ehegatte/Lebenspartner und Kinder sind wie folgt gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert:								
	Personen (Reihenfolge der Kinder wie unter Nr. 4)	Nicht ver- sichert	Privat versichert bei	In der sozialen Pflegeversicherung		Zuschuss eines Arbeitgebers zum Pflegeversicherungsbeitrag nach § 61 SGB XI stand zu:			
				pflichtversichert bei	familienversichert über	für die Zeit vom - bis	Zustehender Zuschuss im Antragsmonat Euro	Pflegeversicherungsbeitrag im Antragsmonat Euro	
	1	2	3	4	5	6	7	8	
	Antragstellende Person (A)				E/L				
	Ehegatte (E)/ Lebenspartner (L)				A				
	Kind 1 (K 1)				A	E/L			
Kind 2 (K 2)				A	E/L				
Kind 3 (K 3)				A	E/L				
6 a	Nur auszufüllen bei vorrangigen Ansprüchen		Bestehen Ansprüche zu den geltend gemachten Aufwendungen aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften (z.B. gesetzliche Unfallversicherung, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz) oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen ?						
			☐ nein ☐ ja (Angabe der Rechtsvorschrift, der Art und der Höhe der Leistung bzw. der zustehenden Leistung bitte auf besonderem Blatt)						

1) Bei erstmaliger Antragsstellung beglaubigte Kopie der Lebenspartnerschaftsurkunde beifügen.

2) Nur ausfüllen, wenn für den Ehegatten / Lebenspartner Aufwendungen geltend gemacht werden, oder wenn zwei oder mehr Kinder zu berücksichtigen sind und der Ehegatte / Lebenspartner ebenfalls beihilfeberechtigt ist.

3) Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis 25. Lebensjahr ggf. zuzügl. Zeit des Wehr- oder Zivildienstes) oder arbeitslos sind (bis 21. Lebensjahr) und der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen und bei denen nur wegen der Höhe ihrer eigenen Einkünfte der Anspruch auf das Kindergeld und der Familienzuschlag für das Kind entfallen ist.

4) Nur ausfüllen, wenn der Anspruch auf Kindergeld oder Berücksichtigung im Familienzuschlag im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen nicht bestand.

b	von antragstellenden Personen, die für den Ehegatten / Lebenspartner und für Kinder eine Beihilfe beantragen	Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes), zuzüglich (bei erstmaligem Rentenbezug ab 01.01.2004) der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag, zuzüglich ab 01.01.2009 der Kapitaleinkünfte, die nach § 32d Abs. 1 EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert wurden oder die der Kapitalertragsteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Abs. 5 EStG unterlegen haben, des Ehegatten/Lebenspartners im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen? ☐ nein ☐ ja ☐ noch nicht bekannt Sind oder waren Ehegatte/Lebenspartner oder berücksichtigungsfähige Kinder in den letzten 24 Monaten berufstätig, Empfänger von beamtenrechtlichen Versorgungsbezügen, von Arbeitslosengeld I oder II, von Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch oder von Elterngeld ? ☐ nein ☐ Ja <table border="1" data-bbox="316 376 1513 521"> <tr> <th data-bbox="316 376 614 459">Name dieser Person</th><th data-bbox="614 376 911 459">Zeitraum der Berufstätigkeit bzw. Zahlung dieser Bezüge</th><th data-bbox="911 376 1310 459">Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. Angabe der Art der Bezüge</th><th data-bbox="1310 376 1513 459">Falls selbst beihilfeberechtigt, bitte ankreuzen</th></tr> <tr> <td data-bbox="316 459 614 521"></td><td data-bbox="614 459 911 521"></td><td data-bbox="911 459 1310 521"></td><td data-bbox="1310 459 1513 521">☐</td></tr> </table>				Name dieser Person	Zeitraum der Berufstätigkeit bzw. Zahlung dieser Bezüge	Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. Angabe der Art der Bezüge	Falls selbst beihilfeberechtigt, bitte ankreuzen				☐	
Name dieser Person	Zeitraum der Berufstätigkeit bzw. Zahlung dieser Bezüge	Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. Angabe der Art der Bezüge	Falls selbst beihilfeberechtigt, bitte ankreuzen											
			☐											
c	wenn die antragstellende Person oder ein Angehöriger Rentenempfänger ist	<table border="1"> <tr> <th data-bbox="316 521 512 685">Person</th><th data-bbox="512 521 810 685">Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993?</th><th data-bbox="810 521 1513 685">Falls nein: Beteiligt sich der Rentenversicherungsträger am Krankenversicherungsbeitrag? <i>Falls ja:</i> Höhe des zustehenden Anteils im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen</th></tr> <tr> <td data-bbox="316 685 512 748">Antragsteller</td><td data-bbox="512 685 810 748">☐ nein ☐ Ja</td><td data-bbox="810 685 1513 748">☐ nein ☐ ja Euro </td></tr> <tr> <td data-bbox="316 748 512 813">Ehegatte / Lebenspartner</td><td data-bbox="512 748 810 813">☐ nein ☐ Ja</td><td data-bbox="810 748 1513 813">☐ nein ☐ ja Euro </td></tr> <tr> <td data-bbox="316 813 512 875">Kind</td><td data-bbox="512 813 810 875">☐ nein ☐ Ja</td><td data-bbox="810 813 1513 875">☐ nein ☐ ja Euro </td></tr> </table>	Person	Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993?	Falls nein: Beteiligt sich der Rentenversicherungsträger am Krankenversicherungsbeitrag? <i>Falls ja:</i> Höhe des zustehenden Anteils im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen	Antragsteller	☐ nein ☐ Ja	☐ nein ☐ ja Euro	Ehegatte / Lebenspartner	☐ nein ☐ Ja	☐ nein ☐ ja Euro	Kind	☐ nein ☐ Ja	☐ nein ☐ ja Euro
Person	Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993?	Falls nein: Beteiligt sich der Rentenversicherungsträger am Krankenversicherungsbeitrag? <i>Falls ja:</i> Höhe des zustehenden Anteils im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen												
Antragsteller	☐ nein ☐ Ja	☐ nein ☐ ja Euro												
Ehegatte / Lebenspartner	☐ nein ☐ Ja	☐ nein ☐ ja Euro												
Kind	☐ nein ☐ Ja	☐ nein ☐ ja Euro												
d	bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen	Pflegebedürftige Person: Seitens der Pflegeversicherung wurde folgende Pflegestufe festgestellt: Die Pflege soll erfolgen durch: ☐ Pflegedienst ☐ Pflegeperson ☐ Tages-/Nachtpflegeheim ☐ zusätzl. Betreuungsleistungen ☐ Kombination: ☐ Stationäre Pflege ☐ Kurzzeitpflege ☐ Ersatzpflege Notwendige Dauer der Pflege: _____ Stunden/Woche Bitte Mitteilung der Pflegeversicherung beifügen!												
e	bei häuslicher Pflege durch Pflegepersonen (nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen)	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en): _____ _____ _____ Unterbrechung der Pflege wegen ☐ Krankenhausaufenthalt ☐ Stat. Rehabilitationsmaßnahme ☐ Urlaub ☐ Urlaub der Pflegeperson vom _____ bis _____ vom _____ bis _____ vom _____ bis _____ vom _____ bis _____		Dauer der Pflege (ggf. je Pflegeperson): _____ Stunden/Woche _____ Stunden/Woche										
f	bei stationärer Pflege	Wurde Pflegewohnngeld beantragt? ☐ ja ☐ nein Wurde das bezogene Wohngeld bereits unmittelbar bei den Investitionskosten berücksichtigt? ☐ ja ☐ nein Bitte Bestätigung des Pflegeheims beifügen!		Bewilligung ab: _____ Monatl. Betrag: _____ Euro										

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Kosten sowie den nachträglichen Wegfall von Kindergeld bzw. der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Die Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung erhoben (§§ 3, 5 ff und 12 BVO).

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person

[illegible]

1) Bitte Abkürzungen wie zu Ziffer 5 des Antragsvordrucks verwenden (A, E, L, K 1, K 2 usw.)

Ort, Datum

1.

Gewährung einer Beihilfe zu den umseitig aufgeführten Aufwendungen

Sehr geehrte Antragstellerin,
Sehr geehrter Antragsteller,

auf Ihren Antrag wird Ihnen die auf der Rückseite berechnete Beihilfe gewährt.

Die vorgelegten Rechnungsbelege erhalten Sie hiermit zurück. Sofern die Beihilfe bei ambulanter Behandlung mehr als 500 Euro, bei stationärer Behandlung und ambulanten Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen mehr als 1.000 Euro beträgt, sind die Belege - soweit sie nicht bei Ihrer Versicherung verbleiben - noch 3 Jahre nach Empfang der Beihilfe aufzubewahren und auf Verlangen vorzulegen.

Gilt nur, falls eine Beihilfe zu Aufwendungen in Krankheitsfällen des Ehegatten / Lebenspartners gewährt wurde:

Falls nachträglich bekannt wird, dass der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) zuzüglich (bei erstmaligen Rentenbezug ab 01.01.2004) der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag, zuzüglich ab 01.01.2009 der Kapitaleinkünfte, die nach § 32d Abs. 1 EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert wurden oder die der Kapitalertragssteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Abs. 5 EStG unterlegen haben, des Ehegatten / Lebenspartners im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen hat, sind Sie verpflichtet, die Ihnen für den Ehegatten / Lebenspartner gewährte Beihilfe zu Aufwendungen in Krankheitsfällen ohne besondere Aufforderung zurückzuzahlen. Dies gilt nicht hinsichtlich der Beihilfe zu Aufwendungen, für die er seitens der Krankenversicherung wegen Leistungsausschlusses oder Leistungseinstellung keine Erstattung erhält. Die Beihilfe zu den Aufwendungen des Ehegatten / Lebenspartners wird unter dem Vorbehalt gewährt, dass Sie auf Anforderung der Festsetzungsstelle nachweisen, dass die Einkünfte des Ehegatten / Lebenspartners im Kalenderjahr vor der Antragstellung den Betrag von 18.000 Euro nicht überschritten haben.

Die Beihilfe wird Ihnen durch die zuständige Kasse wie beantragt ausgezahlt.

Rechtsmittelbelehrung

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch erhoben werden. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei der oben genannten Beihilfefestsetzungsstelle einzulegen.

Falls die Frist durch das Verschulden einer von Ihnen bevollmächtigten Person versäumt werden sollte, so würde dieses Verschulden Ihnen zugerechnet werden.

Mit freundlichen Grüßen

Anlg.: Rechnungsbelege

2. Auszahlungsanordnung über _____ Euro fertigen - Kapitel Titel - Erl. _____
Namenszeichen, Datum

Abschlag von _____ Euro abziehen (Verf. vom _____)

Abschlag von _____ Euro abziehen (Verf. vom _____)

Abschlag von _____ Euro abziehen (Verf. vom _____)

noch zu zahlen _____

3. Reinschrift absenden. Erl. _____
Namenszeichen, Datum

4. Z. d. A.

Sachlich richtig

I.A.

[illegible]

1) Bitte Abkürzungen wie zu Ziffer 5 des Antragsvordrucks verwenden (A, E, L, K 1, K 2 usw.)

Ort, Datum

Gewährung einer Beihilfe zu den umseitig aufgeführten Aufwendungen

Sehr geehrte Antragstellerin,
Sehr geehrter Antragsteller,

auf Ihren Antrag wird Ihnen die auf der Rückseite berechnete Beihilfe gewährt.

Die vorgelegten Rechnungsbelege erhalten Sie hiermit zurück. Sofern die Beihilfe bei ambulanter Behandlung mehr als 500 Euro, bei stationärer Behandlung und Heilkuren mehr als 1.000 Euro beträgt, sind die Belege - soweit sie nicht bei Ihrer Versicherung verbleiben - noch 3 Jahre nach Empfang der Beihilfe aufzubewahren und auf Verlangen vorzulegen.

Gilt nur, falls eine Beihilfe zu Aufwendungen in Krankheitsfällen des Ehegatten / Lebenspartners gewährt wurde:

Falls nachträglich bekannt wird, dass der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) zuzüglich (bei erstmaligen Rentenbezug ab 01.01.2004) der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag, zuzüglich ab 01.01.2009 der Kapitaleinkünfte, die nach § 32d Abs. 1 EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert wurden oder die der Kapitalertragssteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Abs. 5 EStG unterlegen haben, des Ehegatten / Lebenspartners im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen hat, sind Sie verpflichtet, die Ihnen für den Ehegatten / Lebenspartner gewährte Beihilfe zu Aufwendungen in Krankheitsfällen ohne besondere Aufforderung zurückzuzahlen. Dies gilt nicht hinsichtlich der Beihilfe zu Aufwendungen, für die er seitens der Krankenversicherung wegen Leistungsausschlusses oder Leistungseinstellung keine Erstattung erhält. Die Beihilfe zu den Aufwendungen des Ehegatten / Lebenspartners wird unter dem Vorbehalt gewährt, dass Sie auf Anforderung der Festsetzungsstelle nachweisen, dass die Einkünfte des Ehegatten / Lebenspartners im Kalenderjahr vor der Antragstellung den Betrag von 18.000 Euro nicht überschritten haben.

Die Beihilfe wird Ihnen durch die zuständige Kasse wie beantragt ausgezahlt.

Rechtsmittelbelehrung

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch erhoben werden. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei der oben genannten Beihilfefestsetzungsstelle einzulegen.

Falls die Frist durch das Verschulden einer von Ihnen bevollmächtigten Person versäumt werden sollte, so würde dieses Verschulden Ihnen zugerechnet werden.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Anlg.: Rechnungsbelege

4	Kinder (Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder -§ 2 Abs. 2 BVO- angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen geltend gemacht werden) Name, Vorname			Geburtsdatum		Erhalten Sie oder Ihr Ehegatte / Lebenspartner für das Kind Kindergeld ?		Falls nein: Ist das Kind im Familienzuschlag berücksichtigt oder berücksichti- gungsfähig ?		Anspruchs- zeitraum ^{3,4)} (vom/bis)		Hat eine andere Person für das Kind Anspruch auf Beihilfe? Falls ja: Bitte die Original- belege beifügen	
	4					☐ ja ☐ nein		☐ ja ☐ nein				☐ ja ☐ nein	
	5					☐ ja ☐ nein		☐ ja ☐ nein				☐ ja ☐ nein	
	6					☐ ja ☐ nein		☐ ja ☐ nein				☐ ja ☐ nein	

5	Kinder sind wie folgt gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert:							
	Personen (Reihenfolge der Kinder wie unter Nr. 4)	Nicht ver- sichert	Privat versichert bei	In der sozialen Pflegeversicherung		Zuschuss eines Arbeitgebers zum Pflegeversicherungsbeitrag nach § 61 SGB XI stand zu:		
				pfllichtversichert bei	familienversichert über	für die Zeit vom - bis	Zustehender Zuschuss im Antragsmonat Euro	Pflegeversicherungsbeitrag im Antragsmonat Euro
	1	2	3	4	5	6	7	8
	Kind 4 (K 4)				A ☐ E/L ☐			
	Kind 5 (K 5)				A ☐ E/L ☐			
Kind 6 (K 6)				A ☐ E/L ☐				