

Anlage „Pflege“

Aufwendungen für dauernde Pflege zum Beihilfeantrag der/des

Name, Vorname

TT.MM.JJJJ

vom

1. Angaben zur Pflegeversicherung

Versicherte Person	In der privaten Pflegeversicherung	In der sozialen Pflegeversicherung	
		Mitglied	Familienversichert 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			Pflegestufe				
Name, Vorname			<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"/> Wohngruppengzuschlag	<input type="checkbox"/> zusätzl. 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		vom		bis		
	<input type="checkbox"/> Stat. Rehabilitationsmaßnahme der pflegebedürftigen Person		vom		bis		
<input type="checkbox"/> Urlaub der pflegebedürftigen Person		vom		bis			
<input type="checkbox"/> Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson		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	€	€

3. Antrag auf Zahlung eines Abschlags

Hiermit beantrage ich die Zahlung eines monatlichen Abschlags zu den zu erwartenden Kosten der / des

- ☐ stationären Pflege,
 ☐ Wohngruppenzuschlags oder

☐ ambulanten Pflege durch selbst beschaffte Pflegekräfte (Pflegepauschale).