

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

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"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt vor
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"/> 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"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt vor

Bei häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßige 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

<p>Bei vollstationärer Pflege (nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen)</p> <p>Bitte Nachweise beifügen</p>	<p>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.)</p>	Antragsteller	Ehegatte/eingetragener Lebenspartner
		Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto, ohne sonstige variable Bezügebestandteile)	€
		Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- / Hinterbliebenenversorgung	€

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).