

**Antrag auf Zahlung eines Zuschusses zu den Beiträgen zur
Kranken- und Pflegeversicherung während der Pflegezeit**

An

Zutreffendes bitte ankreuzen ☐
oder ausfüllen

1. Person in Pflegezeit

Familienname

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

Rufnummer

Dauer der Pflegezeit

vom

bis

2. Beihilfeberechtigte Person

Familienname

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

Rufnummer

3. Pflegebedürftige Person

☐ Beihilfeberechtigte Person

☐ Ehegattin / Lebenspartnerin
Ehegatte / Lebenspartner

☐ Kind
Vorname

4. Beitrag während der Pflegezeit

Name der Krankenkasse oder des Versicherungsunternehmens

Monatsbeitrag

Krankenversicherung in €

Monatsbeitrag

Pflegeversicherung in €

Familienversicherung möglich

☐ ja ☐ nein

Bestätigung der Krankenversicherung bzw. der Krankenkasse

5. Bankverbindung

Kreditinstitut

IBAN

BIC

6. Erklärung

Mir ist bekannt, dass ich Änderungen unverzüglich anzuzeigen habe und dass die Zuschüsse ganz oder anteilig zurückzuzahlen sind, falls sie die Höhe der gezahlten Beiträge übersteigen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragstellerin / Antragsteller