

**Antrag auf Gewährung einer Beihilfe zu****Aufwendungen für dauernde Pflege****Anlage 10****P**

**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)  ja (Nr. 1 bis 6 vollständig ausfüllen)  
ausfüllen)

Pers.-Nr. oder Beihilfe-Nr.

1 Name, Vorname, Amtsbezeichnung der antragstellenden Person		Geburtsdatum																									
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort		Telefon tagsüber																									
Dienststelle																											
Beurlaubung ohne Dienstbezüge in den letzten 12 Monaten:		nein	ja Grund: vom bis																								
Familienstand	verheiratet seit	geschieden seit	verwitwet seit																								
<input type="checkbox"/> ledig																											
Vorname der Ehegattin/des Ehegatten, ggf. abweichender Familienname <sup>1)</sup>			Geburtsdatum <sup>1)</sup>																								
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) Name, Vorname		Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td>Erhalten Sie oder Ihre Ehegattin/ Ihr Ehegatte für das Kind Kindergeld ?</td> <td>Falls nein: Ist das Kind im Familienzuschlag berücksichtigt oder berücksichti- gungsfähig ?</td> <td>Anspruchs- zeitraum 2,3) (vom/bis)</td> <td>Hat eine andere Person für das Kind Anspruch auf Bei- hilfe ? Falls ja: Bitte die Original- belege beifügen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> </tr> </table>	Erhalten Sie oder Ihre Ehegattin/ Ihr Ehegatte für das Kind Kindergeld ?	Falls nein: Ist das Kind im Familienzuschlag berücksichtigt oder berücksichti- gungsfähig ?	Anspruchs- zeitraum 2,3) (vom/bis)	Hat eine andere Person für das Kind Anspruch auf Bei- hilfe ? Falls ja: Bitte die Original- belege beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erhalten Sie oder Ihre Ehegattin/ Ihr Ehegatte für das Kind Kindergeld ?	Falls nein: Ist das Kind im Familienzuschlag berücksichtigt oder berücksichti- gungsfähig ?	Anspruchs- zeitraum 2,3) (vom/bis)	Hat eine andere Person für das Kind Anspruch auf Bei- hilfe ? Falls ja: Bitte die Original- belege beifügen																								
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																								
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																								
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																								
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																								
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																								
5 Antragstellende Person, Ehegattin/Ehegatte 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 Pflegeversicherungs- beitrag nach § 61 SGB XI stand zu:																							
1	2	3	4	5	6	für die Zeit vom - bis	Zustehender Zuschuss im Antragsmonat Euro	Pflegeversiche- rungsbeitrag im Antragsmonat Euro																			
Antragstellende Person (A)					E																						
Ehegattin/ Ehegatte (E)					A																						
Kind 1 (K 1)					A E																						
Kind 2 (K 2)					A E																						
Kind 3 (K 3)					A E																						
Kind 4 (K 4)					A E																						
Kind 5 (K 5)					A E																						

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

2) Als berücksigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis 27. 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.

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

<b>6</b>	<b>Nur auszufüllen</b>																
<b>a</b>	<b>bei vorrangigen Ansprüchen</b>	Bestehen Ansprüche zu den geltend gemachten Aufwendungen aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften (z.B. gesetzliche Unfallversicherung, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz) oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Angabe der Rechtsvorschrift, der Art und der Höhe der Leistung bzw. der zustehenden Leistung bitte auf besonderem Blatt)															
<b>b</b>	<b>von antragstellenden Personen, die für die Ehegattin/den Ehemann und für Kinder eine Beihilfe beantragen</b>	Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) Ihrer <b>Ehegattin/Ihres Ehemann im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen ?  <input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> noch nicht bekannt  Sind oder waren <b>Ehegattin/Ehegatte</b> oder <b>berücksichtigungsfähige Kinder</b> in den letzten 24 Monaten berufstätig, Empfängerin/Empfänger von beamtenrechtlichen Versorgungsbezügen, von Arbeitslosengeld oder -hilfe, von Unterhalts geld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch oder von Erziehungsgeld ?  <input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja</b>															
		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Name dieser Person</td> <td style="width: 33%;">Zeitraum der Berufstätigkeit bzw. Zahlung dieser Bezüge</td> <td style="width: 33%;">Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. Angabe der Art der Bezüge</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Name dieser Person	Zeitraum der Berufstätigkeit bzw. Zahlung dieser Bezüge	Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. Angabe der Art der Bezüge												
Name dieser Person	Zeitraum der Berufstätigkeit bzw. Zahlung dieser Bezüge	Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. Angabe der Art der Bezüge															
<b>c</b>	<b>wenn die antragstellende Person oder eine Angehörige/ ein Angehöriger Rentenempfängerin/Rentenempfänger ist</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Person</td> <td style="width: 33%;">Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993 ?</td> <td style="width: 33%;">Falls nein: Beteiligt sich der Rentenversicherungsträger am Krankenversicherungsbeitrag oder am Pflegeversicherungsbeitrag?  <i>Falls ja:</i> Höhe des zustehenden Anteils im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen</td> </tr> <tr> <td>Antragstellerin/ Antragsteller</td> <td><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td>Ehegattin/ Ehegatte</td> <td><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td>Kind</td> <td><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja</td> </tr> </table>	Person	Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993 ?	Falls nein: Beteiligt sich der Rentenversicherungsträger am Krankenversicherungsbeitrag oder am Pflegeversicherungsbeitrag?  <i>Falls ja:</i> Höhe des zustehenden Anteils im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen	Antragstellerin/ Antragsteller	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ehegattin/ Ehegatte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Kind	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Person	Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993 ?	Falls nein: Beteiligt sich der Rentenversicherungsträger am Krankenversicherungsbeitrag oder am Pflegeversicherungsbeitrag?  <i>Falls ja:</i> Höhe des zustehenden Anteils im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen															
Antragstellerin/ Antragsteller	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja															
Ehegattin/ Ehegatte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja															
Kind	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja															
<b>d</b>	<b>bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen</b>	<p>Pflegebedürftige Person:  Seitens der Pflegeversicherung wurde folgende Pflegestufe festgestellt: _____  Die Pflege soll erfolgen durch:  <input type="checkbox"/> Pflegedienst  <input type="checkbox"/> Pflegeperson  <input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflegeheim  <input type="checkbox"/> Kombination:  <input type="checkbox"/> stationäre Pflege</p> <p style="text-align: right;">Notwendige Dauer der Pflege:  _____ Stunden/Woche  _____ Stunden/Woche</p> <p><b>Bitte Mitteilung der Pflegeversicherung beifügen!</b></p>															
<b>e</b>	<b>bei häuslicher Pflege durch Pflegepersonen (nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen)</b>	<p>Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en):  _____  _____</p> <p><b>Bitte Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldungen zur Rentenversicherung der Pflegeperson beifügen (ggf. nachreichen)!</b></p> <p>Unterbrechung der Pflege wegen</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%;"><input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">vom _____ bis _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sanatoriums-/Kuraufenthalt</td> <td style="text-align: right;">vom _____ bis _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Urlaub</td> <td style="text-align: right;">vom _____ bis _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Urlaub der Pflegeperson</td> <td style="text-align: right;">vom _____ bis _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt	vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> Sanatoriums-/Kuraufenthalt	vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> Urlaub	vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> Urlaub der Pflegeperson	vom _____ bis _____							
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt	vom _____ bis _____																
<input type="checkbox"/> Sanatoriums-/Kuraufenthalt	vom _____ bis _____																
<input type="checkbox"/> Urlaub	vom _____ bis _____																
<input type="checkbox"/> Urlaub der Pflegeperson	vom _____ bis _____																

**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 anzeigen habe.**

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

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

Ort, Datum

**Unterschrift der antragstellenden Person**

**Anlage zum Beihilfeantrag zu Aufwendungen für dauernde Pflege  
des/der (Name, Vorname, Amtsbezeichnung)**

Blatt 2  
vom

## **Zusammenstellung der Aufwendungen (bitte in doppelter Ausfertigung vorlegen)**

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

---



---



---



---

Ort, Datum

1.

### **Gewährung einer Beihilfe bei dauernder Pflegebedürftigkeit**

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 Pflege mehr als 500 Euro, bei stationärer Pflege 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 bei Pflegedürftigkeit Ihres Ehegatten/Ihrer Ehegattin gewährt wurde:**

Falls nachträglich bekannt wird, dass der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) Ihres Ehegatten / Ihrer Ehegattin im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen hat, sind Sie verpflichtet, die Ihnen für Ihren Ehegatten / Ihre Ehegattin gewährte Beihilfe ohne besondere Aufforderung zurückzuzahlen. Die Beihilfe zu den Aufwendungen Ihres Ehegatten / Ihrer Ehegattin wird unter dem Vorbehalt gewährt, dass Sie auf Anforderung der Festsetzungsstelle nachweisen, dass die Einkünfte Ihres Ehegatten / Ihrer Ehegattin 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.

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.

**Anlage zum Beihilfeantrag zu Aufwendungen für dauernde Pflege  
des/der (Name, Vorname, Amtsbezeichnung)**

Blatt 1  
vom

## **Zusammenstellung der Aufwendungen** (bitte in doppelter Ausfertigung vorlegen)

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

---

---

---

Ort, Datum

### **Gewährung einer Beihilfe bei dauernder Pflegebedürftigkeit**

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 Pflege mehr als 500 Euro, bei stationärer Pflege 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 bei Pflegebedürftigkeit Ihres Ehegatten/Ihrer Ehegattin gewährt wurde:**

Falls nachträglich bekannt wird, dass der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) Ihres Ehegatten / Ihrer Ehegattin im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen hat, sind Sie verpflichtet, die Ihnen für Ihren Ehegatten / Ihre Ehegattin gewährte Beihilfe ohne besondere Aufforderung zurückzuzahlen. Die Beihilfe zu den Aufwendungen Ihres Ehegatten / Ihrer Ehegattin wird unter dem Vorbehalt gewährt, dass Sie auf Anforderung der Festsetzungsstelle nachweisen, dass die Einkünfte Ihres Ehegatten / Ihrer Ehegattin 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.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Anlg.: Rechnungsbelege