

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: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Grund: vom bis								
	Familienstand verheiratet seit geschieden seit verwitwet seit getrennt lebend seit <input type="checkbox"/> ledig								
Vorname der Ehegattin/des Ehegatten, ggf. abweichender Familienname ¹⁾					Geburtsdatum ¹⁾				
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	Erhalten Sie oder Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte für das Kind Kindergeld?	Falls nein: Ist das Kind im Familienzuschlag berücksichtigt oder berücksichtigungsfähig?	Anspruchszeitraum ^{2,3)} (vom/bis)	Hat eine andere Person für das Kind Anspruch auf Beihilfe? Falls ja: Bitte die Originalbelege 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 versichert	Privat versichert bei	In der sozialen Pflegeversicherung			Zuschuss eines Arbeitgebers zum Pflegeversicherungsbeitrag nach § 61 SGB XI stand zu:			
			pfl.-versichert bei	weiter-versichert bei	familien-versichert über	für die Zeit vom - bis	Zustehender Zuschuss im Antragsmonat Euro	Pflegeversicherungsbeitrag im Antragsmonat Euro	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Antragstellende Person (A)	<input type="checkbox"/>				E				
Ehegattin/Ehegatte (E)	<input type="checkbox"/>				A				
Kind 1 (K 1)	<input type="checkbox"/>				A	E			
Kind 2 (K 2)	<input type="checkbox"/>				A	E			
Kind 3 (K 3)	<input type="checkbox"/>				A	E			
Kind 4 (K 4)	<input type="checkbox"/>				A	E			
Kind 5 (K 5)	<input type="checkbox"/>				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 berücksichtigungsfähig 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.

6	Nur auszufüllen			
a	bei vorrangigen Ansprüchen	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	von antragstellenden Personen, die für die Ehegattin/den Ehegatten und für Kinder eine Beihilfe beantragen	Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten 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 Ehegattin/Ehegatte oder berücksichtigungsfähige Kinder in den letzten 24 Monaten berufstätig, Empfängerin/Empfänger von beamtenrechtlichen Versorgungsbezügen, von Arbeitslosengeld oder -hilfe, von Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch oder von Erziehungsgeld? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
		Name dieser Person	Zeitraum der Berufstätigkeit bzw. Zahlung dieser Bezüge	Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. Angabe der Art der Bezüge Falls selbst beihilfeberechtig , bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c	wenn die antragstellende Person oder eine Angehörige/ ein Angehöriger Rentenempfängerin/Rentenempfänger ist	Person Antragstellerin/Antragsteller Ehegattin/Ehegatte Kind	Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993? <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	Falls nein: Beteiligt sich der Rentenversicherungsträger am Krankenversicherungsbeitrag oder am Pflegeversicherungsbeitrag? Falls ja: Höhe des zustehenden Anteils im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen _____ Euro _____ Euro _____ Euro
d	bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen	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 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): _____ Bitte Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldungen zur Rentenversicherung der Pflegeperson beifügen (ggf. nachreichen)! Unterbrechung der Pflege wegen <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> Sanatoriums-/Kuraufenthalt <input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> Urlaub der Pflegeperson		Dauer der Pflege (ggf. je Pflegeperson): _____ Stunden/Woche _____ Stunden/Woche vom _____ bis _____ vom _____ bis _____ vom _____ bis _____ 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 anzuzeigen 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)

[illegible]

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 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

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)

[illegible]

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