

Anlage „Pfleger“

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	Mitglied	Familienversichert über
Antragsteller (A)	<input type="checkbox"/>	<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				
<b>Bei häuslicher Pflege</b> durch nicht erwerbsmäßig tätige <b>Pflegepersonen</b>	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	

<b>Bei vollstationärer Pflege</b>	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.)		
(nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen)		Antragsteller	Ehegatte/eingetragener Lebenspartner
Bitte Nachweise beifügen	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).