

Anlage „Pfleger“

P

Aufwendungen für dauernde Pflege zum Beihilfeantrag der/des

Name, Vorname

vom

TT.MM.JJJJ

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		Pflegegrad				
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
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	Ambulante Wohngruppe		Sonstige Leistungen		
<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Wohngruppenzuschlag		<input type="checkbox"/> Unterstützungs- und Entlastungsleistungen		
<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 erwerbsmäßig 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		

Bei vollstationärer Pflege (nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen)	Bei Beantragung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bitte Nachweise über die Bezüge, Renten usw. beifügen (Angaben über die Bezüge des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners sind nur erforderlich, wenn dieser stationär gepflegt wird.)		
		Antragsteller	Ehegatte/eingetragener Lebenspartner
	Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto, ohne sonstige variable Bezügebestandteile)	€	€
	Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- / Hinterbliebenenversorgung	€	€
	Arbeitsentgelt / Lohnersatzleistung	€	€
Pflegewohn-geld	Wurde Pflegewohn-geld beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wurde das bezogene Wohngeld bereits unmittelbar bei den Investitionskosten berücksichtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte Bestätigung des Pflegeheims beifügen!	Bewilligung ab: Monatl. Betrag: €	

3. Antrag auf Zahlung eines Abschlags

Hiermit beantrage ich die Zahlung eines monatlichen Abschlags zu den zu erwartenden Kosten der / des

- stationären Pflege, Wohngruppenschlags oder
- ambulanten Pflege durch selbst beschaffte Pflegekräfte (Pflegepauschale).