

Anlage "Pflege" (HS)

Diese Anlage ist für jede pflegebedürftige Person auszufüllen, wenn Aufwendungen zur häuslichen, teilstationären oder vollstationären Pflege geltend gemacht werden.

Name, Vorname (Antragstellerin/Antragsteller)

zum Beihilfeantrag vom

Beihilfenummer

BF /



1. Daten der pflegebedürftigen Person

Name

Geburtsdatum

Vorname

Geschlecht männlich weiblich

2. Pflegegrad

1	2	3	4	5	ab (Datum)	bis (Datum)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung liegt vor liegt bei

3. Wird eine Pauschalbeihilfe bei häuslicher Pflege beantragt?

nein ja

Die Pflegepauschale wird beantragt für den Zeitraum von bis

Name der pflegenden Person

Vorname der pflegenden Person

Die Pflegepauschale wird beantragt für den Zeitraum von bis

Name der pflegenden Person

Vorname der pflegenden Person

4. Angaben zu Unterbrechungen im Zeitraum, für den Pflegeaufwendungen (häuslich, teil- oder vollstationär) geltend gemacht werden

Im Zeitraum vom bis erfolgte keine Pflege

- Grund: stationärer Krankenhausaufenthalt der pflegebedürftigen Person
 Kur-, Sanatoriums- bzw. stat. Rehabilitationsaufenthalt der pflegebedürftigen Person
 Kurzzeitpflege Verhinderungspflege (nicht nur stundenweise)

Im Zeitraum vom bis erfolgte keine Pflege

- Grund: stationärer Krankenhausaufenthalt der pflegebedürftigen Person
 Kur-, Sanatoriums- bzw. stat. Rehabilitationsaufenthalt der pflegebedürftigen Person
 Kurzzeitpflege Verhinderungspflege (nicht nur stundenweise)

5. Werden von der Pflegeversicherung Rentenversicherungsbeiträge für eine oder mehrere Pflegeperson(en) abgeführt?

nein ja

Bei erstmaliger Beantwortung mit ja ist eine Bescheinigung der Pflegeversicherung über die Beitragspflicht und Höhe der Beiträge der Pflegeperson(en) beizufügen.

6. Bei Beantragung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bei vollstationärer Pflege

	Antragstellerin/ Antragsteller	Ehegattin/ Ehegatte
Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne kinderbezogene Anteile im Familienzuschlag)	€ _____	€ _____
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- und Hinterbliebenenversorgung	€ _____	€ _____
Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt und Lohnersatzleistungen		€ _____

(Bitte Nachweise über die Dienst- und Versorgungsbezüge, Renten usw. beifügen)

Soweit Nachweise der Versorgungskasse Darmstadt für die Festsetzung und Zahlung der Versorgungsbezüge vorliegen, bitte ich diese, auch künftig, für die Festsetzung der Beihilfe zu verwenden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

