**Unterbrechung häuslicher Pflege**
aufgrund des fortlaufend gewährten Pflegegeldes
nach § 9 a Hessische Beihilfenverordnung (HBeihVO)

KOMMUNALE VERSORGUNGSKASSE
DARMSTADT

BF _____ / _____
Beihilfenummer

_____
Name des Pflegebedürftigen

_____
Name der Pflegeperson

Versorgungskasse Darmstadt
Postfach 11 15 61
64230 Darmstadt

Die häusliche Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen erfolgte
im Zeitraum vom: _____ bis: _____ im Kalenderjahr _____
Datum Datum

[ ] ununterbrochen

[ ] mit folgenden Unterbrechungen

| Vom (Tag, Monat, Jahr) | Bis (Tag, Monat, Jahr) | Grund der Unterbrechung bitte angeben (z. B. Krankenhaus-, Sanatoriumsaufenthalt, Kurzzeit-, Verhinderungspflege) |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

BF HS UHP VKDA Seite 1

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift der/des
Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten