Unterbrechung häuslicher Pflege
aufgrund des fortlaufend gewährten Pflegegeldes
nach § 63 Beihilfenverordnung des
Landes Rheinland-Pfalz (BVO)

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)

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift der/des
Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten

BF RLP UHP VKDA Seite 1