Ihr PDF-Anzeigeprogramm ist möglicherweise nicht kompatibel für ausfüllbare PDF-Formulare. http://www.form-solutions.net/hilfe

Anlage Pflege – Belege bitte mit „P“ kennzeichnen –

Aufwendungen für dauernde Pflege der Antragstellerin/des Antragstellers (Familienname, Vorname)

zum Beihilfeantrag vom (Antragsdatum)

1 – Angaben zur Pflegeversicherung

Versicherte Person	In der privaten Pflegeversicherung	In der sozialen Pflegeversicherung Mitglied	Familienversichert über
Antragstellerin/Antragsteller (A)	☐	☐	
Ehegattin/Ehegatte/eingetr. Lebenspartner(in) (E)	☐	☐	☐ (A)
Kind 1 (K 1)	☐	☐	☐ (A) ☐ (E)
Kind 2 (K 2)	☐	☐	☐ (A) ☐ (E)
Kind 3 (K 3)	☐	☐	☐ (A) ☐ (E)
Kind 4 (K 4)	☐	☐	☐ (A) ☐ (E)
Kind 5 (K 5)	☐	☐	☐ (A) ☐ (E)

2 – Angaben zu Pflegeleistungen (bitte für jede pflegebedürftige Person jeweils eine Anlage ausfüllen)

Pflegebedürftige Person (Familienname, Vorname)

Pflegestufe
☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ Härtefall

Einstufungs- bzw. Bewilligungsbescheid der Pflegeversicherung
(nur bei erstmaliger Beantragung von Beihilfe zu Pflegeleistungen oder bei Änderungen erforderlich)

☐ liegt bei ☐ liegt vor ☐ wird nachgereicht

Häusliche Pflege	Stationäre Pflege	Ambulant betreute Wohngruppe	Sonstige Leistungen
☐ Pflegedienst	☐ Vollstationäre Pflege	☐ Wohngruppenzuschlag	☐ zusätzliche Betreuungsleistungen
☐ Pflegeperson	☐ Kurzzeitpflege	☐ Wohnumfeldverbesserung	☐ Ersatzpflege/Verhinderungspflege
☐ Kombination	☐ Tages-/Nachtpflege	☐ Anschubfinanzierung	

Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der Pflegeperson
(nur bei erstmaliger Beantragung von Beihilfe zu Pflegeleistungen oder bei Änderungen erforderlich)

☐ liegt bei ☐ liegt vor ☐ wird nachgereicht

Bei **häuslicher Pflege** durch nicht erwerbsmäßig tätige **Pflegepersonen**

1. Pflegeperson: Familienname, Vorname | Geburtsdatum | Dauer der Pflege Std./Woche

Anschrift der 1. Pflegeperson

2. Pflegeperson: Familienname, Vorname | Geburtsdatum | Dauer der Pflege Std./Woche

Anschrift der 2. Pflegeperson

Dauer der Pflege (Zeitraum für den Pflegegeld beantragt wird) vom bis

Unterbrechung der Pflege wegen

☐ Krankenhausaufenthalt vom bis

☐ Stationäre Rehabilitationsmaßnahme vom bis

☐ Urlaub der pflegebedürftigen Person vom bis

☐ Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson vom bis

Nächste Seite

Bei **vollstationärer Pflege**
(nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen)

Bei Beantragung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bitte angeben und Nachweise über die Bezüge, Renten usw. beifügen
(Angaben über die Bezüge der/des Ehegattin/Ehegatten/eingetr. Lebenspartnerin/Lebenspartners sind nur erforderlich, wenn sie/er stationär gepflegt wird)

	Antragstellerin/Antragsteller	Ehegattin/Ehegatte/eingetr. Lebenspartnerin/Lebenspartner
☐ Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto, ohne sonstige variable Bezügebestandteile)	EUR	EUR
☐ Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- und Hinterbliebenenversorgung	EUR	EUR
☐ Arbeitsentgelt und Lohnersatzleistungen	EUR	EUR

3 – Antrag auf Zahlung eines Abschlags

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

☐ stationären Pflege.

☐ Wohngruppenzuschlags.

☐ ambulanten Pflege durch selbst beschaffte Pflegekräfte (Pflegepauschale).

Datum, Unterschrift

Drucken | Eingaben löschen | Speichern | Signieren/ Versenden | Daten importieren