

Aufwendungen für dauernde Pflege (Anlage „Pflege“)

Zum Beihilfeantrag von Frau/Herrn			vom		
1. Angaben zur Pflegeversicherung (nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen)					
Versicherte Person	Der Versicherungsschutz besteht seit	Private Pflegeversicherung	Soziale Pflegeversicherung		
			Mitglied	Familierversichert bei	
Antragsteller (A)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E/L <input type="checkbox"/>	
Ehegatte (E)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	
1. Kind (K1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	E/L <input type="checkbox"/>
2. Kind (K2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	E/L <input type="checkbox"/>
3. Kind (K3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	E/L <input type="checkbox"/>
L = Eingetragener Lebenspartner					
2. Pflegebedürftige Person					
Name, Vorname		Pflegestufe			
		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III
Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt vor			
Bitte bei erstmaliger Beantragung von Pflegeleistungen und bei jeder Änderung vorlegen!					
3. Ich beantrage Leistungen für:					
Pflegezeitraum (Antragszeitraum)		von		bis	
Häusliche Pflege (bitte Punkt 4 beachten!)		Stationäre Pflege (bitte Punkt 5 beachten!)		Sonstige Leistungen	
<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Pflegeperson	<input type="checkbox"/> Kombination	<input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Vergütungszuschläge
				<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> Ersatz-/Verhinderungspflege
				<input type="checkbox"/> Wohngruppenzuschlag	<input type="checkbox"/> zusätzliche Betreuungsleistungen
<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Zahlung der Pflegepauschale als Abschlagszahlung. Hinweis: Nur im Bereich der häuslichen Pflege bei Pflege durch Pflegepersonen und der vollstationären Pflege möglich.					
Ich beantrage Aufwendungen für					
<input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel			<input type="checkbox"/> Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes		
Beleg vom	Betrag in EUR	Zuschüsse der Pflegeversicherung in EUR	Leistungsbescheid der Pflegeversicherung liegt bei	wird nachgereicht	liegt vor
			<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"/>

4.	Bei Häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen:		
	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en)		Dauer der Pflege (gegebenenfalls je Pflegeperson) in Stunden/Woche
	Unterbrechung der Pflege	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wegen ¹⁾
	<input type="checkbox"/> Häuslicher Krankenpflege	von	bis
	<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt	von	bis
	<input type="checkbox"/> Stationärer Rehabilitationsmaßnahme	von	bis
	<input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt der pflegebedürftigen Person	von	bis
	<input type="checkbox"/> Urlaub der Pflegeperson	von	bis
	<input type="checkbox"/> Erkrankung der Pflegeperson	von	bis
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege	von	bis	
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	von	bis	
¹⁾ Soweit mehrere Gründe – auch gleichzeitig – vorliegen (zum Beispiel Inanspruchnahme von Ersatz-/Verhinderungspflege bei Urlaub der Pflegeperson), sind diese alle vollständig anzugeben.			
Bestätigung der erbrachten Pflege:			
Unterschrift des Beihilfeberechtigten oder Bevollmächtigten		Unterschrift der Pflegeperson(en)	
Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der Pflegeperson, soweit Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI besteht,			
		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt vor	
Bitte Erstmitteilung und jede Änderung vorlegen!			
5.	Bei vollstationärer Pflege:		
	Unterbrechungszeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte Angaben unter 4.)
	Beantragung von verbleibenden Aufwendungen (§ 55 Abs. 4 SächsBhVO) (nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen) Bitte Nachweise über Einkünfte, Bezüge, Renten und so weiter beifügen!		
	Einkommen	Antragsteller (in EUR)	Ehegatte (in EUR)
	Dienstbezüge (brutto, einschließlich Altersteilzeitzuschlag, ohne kinderbezogenen Anteil des Familienzuschlags)		
	Anwärterbezüge (brutto, einschließlich Familienzuschlag ohne kinderbezogenen Anteil)		
	Versorgungsbezüge (nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften, ohne Unfallausgleich, Unfallentschädigung und Unterschiedsbetrag § 50 Abs. 1 Satz 2 BeamtVG)		
	Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung ohne Beitragszuschuss vor Abzug der Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsbeiträge		
	Zahlbetrag aus einer Alters- und Hinterbliebenenversorgung		
	Arbeitsentgelt (brutto) aus nichtselbstständiger Arbeit und Lohnfortzahlungen		
Einkünfte aus selbstständiger Arbeit			
Lohnersatzleistungen			