

## Antrag auf Zahlung eines Zuschusses zu den Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung während der Pflegezeit

### Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

Landesamt für Steuern und Finanzen  
Bezügestelle Dresden  
Referat 339/D – Beihilfe  
PF 10 06 55  
01076 Dresden

#### 1. Person in Pflegezeit

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		Telefon (Angabe freiwillig)
Dauer der Pflegezeit:	von	bis

#### 2. Beihilfeberechtigter

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		Telefon (Angabe freiwillig)

#### 3. Pflegebedürftige Person

<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigter	<input type="checkbox"/> Ehegatte/Lebenspartner	<input type="checkbox"/> Kind, Vorname: (gegebenenfalls abweichender Familienname):
---	---	--

#### 4. Beitrag während der Pflegezeit

Name der Kranken- und Pflegeversicherung		
Monatsbeitrag Krankenversicherung in Euro	Monatsbeitrag Pflegeversicherung in Euro	Familienversicherung möglich <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bestätigung der Kranken- und Pflegeversicherung		

<sup>1</sup> Eine (beitragsfreie) Familienversicherung von Angehörigen des in der gesetzlichen Kranken- beziehungsweise Pflegeversicherung Versicherten (Ehegatte, Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern) ist unter den Voraussetzungen des § 10 SGB V beziehungsweise § 25 SGB XI möglich (unter anderem dann, wenn der Angehörige nicht Pflichtmitglied der gesetzlichen Krankenversicherung ist und bestimmte Einkommensgrenzen nicht überschritten werden).

## 5. Bankverbindung

Kreditinstitut	IBAN	BIC
Kontoinhaber		

## 6. Erklärung

Mir ist bekannt, dass ich Änderungen unverzüglich anzuzeigen habe und die Zuschüsse ganz oder anteilig zurückzahlen sind, falls sie die Höhe der gezahlten Beiträge übersteigen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers