

ANTRAG**P**

auf Gewährung einer Beihilfe

zu Aufwendungen für dauernde Pflege

Der Antrag ist sorgfältig auszufüllen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Fax-Nr.: 0681- 501 - 6214

0283



Landesamt für Zentrale Dienste

Postfach 10 22 44

66022 Saarbrücken

--	--	--	--	--	--	--	--

**Korrektureingabe der Beihilfestelle
bitte nicht ausfüllen**

1.	Name		Vorname	Geburtsdatum	
	Straße		HausNr. PLZ	Ort	Telefon
	(letzte) Dienststelle		8-stellige Personalnummer		im Ruhestand seit

Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlagen für die Beihilfegewährung sind und dass ich auch nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sowie weitere Kostenerstattungen sofort der Beihilfestelle schriftlich anzugeben habe. Mir ist ebenfalls bekannt, dass ich verpflichtet bin, den Wegfall von Kindergeld bzw. der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag sofort anzugeben und die Beihilfe für meine/n Ehegattin/ Ehegatten zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe der Einkünfte unzutreffend sind oder nachträglich erhöht wurden (z.B. durch Feststellung des Finanzamtes).

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Ort	Unterschrift der antragstellenden Person	
Datum:		

Wichtig !Bei erstmaliger Antragstellung

Bitte alle Fragen beantworten

Bei wiederholter Antragstellung

Haben sich Änderungen bei den Fragen Nr. 2 bis 9

gegenüber den Angaben im letzten Antrag ergeben?

nein, dann weiter bei Nr. 10

ja, dann alle Fragen von Nr. 2 bis Nr. 9 nochmals
beantworten, insbesondere die Frage Nr. 5 (Nachweis!)**Gesamtsumme der Aufwendungen**

--

Euro

2.	im öffentlichen Dienst seit	vollbeschäftigt	teilzeitbeschäftigt	ohne Dienstbezüge beurlaubt von - bis
-----------	-----------------------------	-----------------	---------------------	---------------------------------------

von _____ bis _____

3.	Familienstand	ledig	verheiratet seit	geschieden/ verwitwet seit
-----------	---------------	-------	------------------	----------------------------

von _____ bis _____

von _____ bis _____

Name des Ehegatten/ der Ehegattin Vorname des Ehegatten/ der Ehegattin

Geburtsdatum

4.	im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder:		seit wann:
	1. Kind - Vorname (ggfs. Familienname):	Geburtsdatum	
	2. Kind - Vorname (ggfs. Familienname):	Geburtsdatum	
3. Kind - Vorname (ggfs. Familienname):	Geburtsdatum		
4. Kind - Vorname (ggfs. Familienname):	Geburtsdatum		
Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit des Kindes: Vorname	Familienzuschlag entfallen ab:		

5.	Antragsteller/ in, Ehegatte/ Ehegattin und Kinder sind wie folgt gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert:							
	nicht versichert	Privat versichert bei	In der sozialen Pflegeversicherung			Zuschuss eines Arbeitgebers zum Pflegeversicherungsbeitrag nach § 61 SGB IX stand zu:		
pflicht-versichert bei			weiter versichert bei	familien versichert bei	für die Zeit		zustehender Zuschuss im Antragsmonat	Pflegeversicherungsbeitrag im Antragsmonat
	von	bis			Euro	Euro		
Antragsteller/ in (A)								
Ehegatte/ in (E)								
1. Kind								
2. Kind								
3. Kind								
4. Kind								

6.	Haben Sie oder ein/e berücksichtigungsfähige/r Angehörige/r eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?							
	nein							
ja	wer?		wann?		Ist der Antrag abgelehnt worden?			
					ja	nein		

7.	Besteht ein Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z.B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder auf Grund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen) für Sie und Ihre Angehörigen?							
	nein	ja	Bitte Nachweis oder Bescheid beifügen !					

8.	Besteht eine sonstige eigene Beihilfeberechtigung für Sie oder Ihre Angehörigen?							
	nein	ja, aufgrund						
	einer beamtenrechtlichen Versorgung		wer?					
	eines Beschäftigungsverhältnisses im öff. Dienst		wer?					
	eines Beschäftigungsverhältnisses bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen usw.		wer?					
	eines Abgeordnetenverhältnisses		wer?					
	als Beamter/ Beamtin	als Arbeitnehmer/ in			als Abgeordnete/r	als Versorgungsempfänger/ in		
gegenüber wem:				seit wann:				

9.	Ist ein/e Angehörige/r bei einem/ einer anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?							
	In diesem Fall können die Aufwendungen nur mit <u>Originalbelegen</u> geltend gemacht werden.							
nein	ja	wer:				bei wem:		

10.	Nur ausfüllen, wenn die Aufwendungen für die Ehegattin/ den Ehegatten geltend gemacht werden.	Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) Ihrer Ehegattin/ Ihres Ehegatten im Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrages den Betrag von 15.339 Euro?						
		Bitte Nachweis beifügen - Angaben sind dem Steuerbescheid zu entnehmen.						
		Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich übersteigen?						

11.	Nur ausfüllen, wenn die antragstellende Person oder ein/e Angehörige/r Rentenempfänger/in ist.	Person	Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993?	Falls nein: Beteiligt sich der Rentenversicherungsträger am Krankenversicherungsbeitrag oder am Pflegeversicherungsbeitrag?		
				Falls ja: Höhe des zustehenden Anteils im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen		
		Antragsteller/in	nein	ja	nein	ja
		Ehegatte/ Ehegattin	nein	ja	nein	ja
		Kind	nein	ja	nein	ja

12.	Nur ausfüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen	Pflegebedürftige Person:		
		Festgestellte Pflegestufe:		
		Notwendige Dauer der Pflege		
		Stunden pro Woche:		
		Pflege erfolgt durch:		
		Pflegedienst		
		Pflegeperson		
		Tages-/ Nachtpflegeheim		
		Kombination		
		stationäre Pflege		
Bitte Mitteilungen der Pflegeversicherung beifügen!				

13.	Nur ausfüllen bei häuslicher Pflege durch Pflegepersonen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson/en:		
		Dauer der Pflege (ggf. je Pflegeperson)		
		Stunden/ Woche		
		Stunden/ Woche		
		Bitte Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldungen zur Rentenversicherung der Pflegeperson beifügen		
		Unterbrechung der Pflege wegen:		
			vom	bis
			Krankenhausaufenthalt	
			Sanatoriums-/ Kuraufenthalt	
			Urlaub	
	Urlaub der Pflegeperson			

Ein Abschlag wurde gewährt mit dem Bescheid vom		i.H.v.		Euro
---	--	--------	--	------

Die Überweisung erfolgt auf das Bezügekonto. Nur in besonders begründeten Ausnahmefällen kann die Beihilfe auf ein anderes Konto überwiesen werden.

Wichtige Hinweise zu Seite 4

1) Bitte Aufwendungen nach Personen ordnen und eintragen

2) Bitte Rechnungen und Belege einzeln eintragen

Beleg Nr.	A = Antragsteller E = Ehegatte Kind = Vorname	Datum der Rechnung/ Verordnung	Art der Leistung (allgemeine Aufwendungen, Unterkunfts- und Verpflegungsanteil, Pflegepauschale, Pflegemittel)	Rechnungsbetrag	Leistungen der Pflegeversicherung		Bemerkung	
1	2	3	4	5	€	%	€	8
a) allgemeine Aufwendungen								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
b) Unterkunfts- und Verpflegungsanteil								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
c) Pflegepauschale								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
d) Pflegehilfsmittel								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
Gesamtsumme der Aufwendungen							Euro	