

ANTRAG

auf Gewährung einer Beihilfe
zu Aufwendungen für dauernde Pflege
Der Antrag ist sorgfältig auszufüllen
Zutreffendes bitte ankreuzen

Fax-Nr.: 0681- 501 - 6214

P

0283



Landesamt für Zentrale Dienste

Postfach 10 22 44

66022 Saarbrücken

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

**Korrektur eingabe der Beihilfestelle
bitte nicht ausfüllen**

1.	Name		Vorname		Geburtsdatum	
	Straße		HausNr. PLZ		Ort	
	(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 anzuzeigen habe. Mir ist ebenfalls bekannt, dass ich verpflichtet bin, den Wegfall von Kindergeld bzw. der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag sofort anzuzeigen 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

Bei wiederholter Antragstellung



Bitte alle Fragen beantworten



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	

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:			
			pflucht-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 Originalbelegen 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?	nein
		Bitte Nachweis beifügen - Angaben sind dem Steuerbescheid zu entnehmen.	ja
		Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich übersteigen?	nein
			ja

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	Euro	
		Ehegatte/ Ehegattin	nein	ja	nein	ja	Euro	
	Kind	nein	ja	nein	ja	Euro		

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

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	6	7	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		