

**Anlage „Pflege“**

Aufwendungen für dauernde Pflege zum Beihilfeantrag der/des  
Name, Vorname

TT.MM.JJJJ  
vom

<b>1 Angaben zur Pflegeversicherung</b>			
Versicherte Person	In der privaten Pflegeversicherung	In der sozialen Pflegeversicherung	
		Mitglied	Familienversichert über
Antragsteller/in (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ehegatte/in, eingetragener Lebenspartner/in (E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A
Kind 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E
Kind 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E

<b>2 Angaben zu Pflegeleistungen</b>						
Pflegebedürftige Person Name, Vorname				Pflegegrad		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

liegt bei  wird nachgereicht  
 liegt vor

Häusliche Pflege	Stationäre Pflege	Ambulant betreute Wohngruppe	Sonstige Leistungen
<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Wohngruppenzuschlag	<input type="checkbox"/> Unterstützungs- und Entlastungsleistungen
<input type="checkbox"/> Pflegeperson	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> Wohnumfeldverbesserung	<input type="checkbox"/> Ersatz-/Verhinderungspflege
<input type="checkbox"/> Kombination	<input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege	<input type="checkbox"/> 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  wird nachgereicht  
 liegt vor

<b>a) Bei häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen</b>	
Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en):	Dauer der Pflege (ggf. je Pflegeperson):  Stunden/Woche
Dauer der Pflege (Antragszeitraum)	von _____ bis _____
Unterbrechung der Pflege wegen	
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt der pflegebedürftigen Person	von _____ bis _____
<input type="checkbox"/> Stat. Rehabilitationsmaßnahme der pflegebedürftigen Person	von _____ bis _____
<input type="checkbox"/> Urlaub der pflegebedürftigen Person	von _____ bis _____
<input type="checkbox"/> Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson	von _____ bis _____



b) Bei **vollstationärer Pflege** (nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen)  
Bitte Nachweise beifügen.

Bei Beantragung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bitte angeben und Nachweise über die Bezüge, Renten usw. beifügen (Angaben über die Bezüge des Ehegatten/in, eingetragenen Lebenspartners/in sind nur erforderlich, wenn dieser/diese stationär gepflegt wird).

	Antragsteller/in	Ehegatte/in, eingetragener Lebenspartner/in
Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto, ohne sonstige variable Bezügebestandteile)	€	€
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters-/Hinterbliebenenversorgung	€	€
Arbeitsentgelt/Lohnersatzleistung	€	€

c) Pflege Wohngeld, **Bitte Bestätigung des Pflegeheims beifügen!**

Wurde Pflege wohngeld beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bewilligung ab:
Wurde das bezogene Wohngeld bereits unmittelbar bei den Investitionskosten berücksichtigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Monatl. Betrag: €