

Antrag

auf Gewährung einer Beihilfe zu Aufwendungen für dauernde Pflege

(Für sonstige krankheitsbedingte Aufwendungen gesondertes Formular verwenden)

auf Gewährung eines Abschlages zu Aufwendungen für dauernde Pflege

Der Antrag ist sorgfältig auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen.

**RZVK des Saarlandes
Beihilfe-Umlage-Gemeinschaft
Postfach 10 24 32**

P

66024 Saarbrücken

1.	Name, Vorname		Geburtsdatum	
	Anschrift		Telefon	
	(letzte) Dienststelle	Kennnummer	im Ruhestand seit/ausgeschieden	

Bei erstmaliger Antragstellung ⇨
Bei wiederholter Antragstellung ⇨

mit diesem Formblatt bitte alle Fragen beantworten.

Haben sich Änderungen bei den Fragen Nr. 2 bis 9 gegenüber den Angaben im letzten Antrag ergeben?

nein (weiter bei Nr. 10) ja, alle Fragen – auch unter Nr. 2 bis 9 – nochmals beantworten

2.	im öffentlichen Dienst seit	vollbeschäftigt <input type="checkbox"/>	teilzeitbeschäftigt Wochenstunden	ohne Dienstbezüge beurlaubt von	bis
-----------	-----------------------------	---	--------------------------------------	------------------------------------	-----

3.	Familienstand	ledig <input type="checkbox"/>	verheiratet seit	geschieden seit	verwitwet seit
	Name 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:	

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 über	für die Zeit		zustehender Zuschuss im Antragsmonat Euro	Pflegeversicherung im Antragsmonat Euro
							von	bis		
	Antragsteller/in (A)	<input type="checkbox"/>								
	Ehegatte/Ehegattin (E)	<input type="checkbox"/>								
	1. Kind	<input type="checkbox"/>								
2. Kind	<input type="checkbox"/>									
3. Kind	<input type="checkbox"/>									
4. Kind	<input type="checkbox"/>									

6.	Haben Sie oder ein/e berücksichtigungsfähige/r Angehörige/r eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?			
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wer?	wann?
		Ist der Antrag abgelehnt worden?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

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

9.	Ist ein/e Angehörige/r bei einem/einer anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?			
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wer: bei wem:			
Aufwendungen können nur mit Originalbelegen geltend gemacht werden.				

10.	Nur auszufüllen, wenn Aufwendungen für die Ehegattin / den Ehegatten geltend gemacht werden.	Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) Ihrer Ehegattin / Ihres Ehegatten im vergangenen Kalenderjahr den Betrag von 15.339 Euro? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich übersteigen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

11.	Nur auszufüllen, wenn die antragstellende Person oder ein/e Angehörige/r Rentenempfänger/in ist Bitte Nachweise beifügen	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	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Euro
		Ehegatte/Ehegattin	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Euro
		Kind	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Euro

12.	Bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen	Pflegebedürftige Person:	Pflegebedürftige Person:
		Festgestellte Pflegestufe:	Festgestellte Pflegestufe:
		notwendige Dauer der Pflege:	
		Stunden pro Woche:	Stunden pro Woche:
		Die Pflege erfolgt durch:	Die Pflege erfolgt durch:
		<input type="checkbox"/> Pflegeperson (Pauschalbeihilfe)	<input type="checkbox"/> Pflegeperson (Pauschalbeihilfe)
		<input type="checkbox"/> Pflegedienst (Sachleistung)	<input type="checkbox"/> Pflegedienst (Sachleistung)
		<input type="checkbox"/> Kurzzeit- und Verhinderungspflege	<input type="checkbox"/> Kurzzeit- und Verhinderungspflege
		<input type="checkbox"/> Kombinationspflege (Pflegedienst + -person)	<input type="checkbox"/> Kombinationspflege (Pflegedienst + -person)
		<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege
Bitte Mitteilungen der Pflegeversicherung beifügen.			

13.	Nur auszufüllen bei häuslicher Pflege durch Pflegepersonal bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift d. 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	
		<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt			
<input type="checkbox"/> Sanatoriums-/Kuraufenthalt					
<input type="checkbox"/> Urlaub					
<input type="checkbox"/> Urlaub der Pflegeperson					

Es ist ein Abschlag gewährt worden durch Bescheid vom	in Höhe von	Euro.
---	-------------	-------

Konto-Nr.	Bankleitzahl	Kreditinstitut
-----------	--------------	----------------

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Nachlässe auf die Kosten, Kostenerstattungen, Erlöse aus der Rückgabe von Hilfsmitteln sowie den nachträglichen Wegfall von Kindergeld bzw. der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe, und dass ich verpflichtet bin, die Beihilfe für meine/n Ehegattin/Ehegatten zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe der Einkünfte unzutreffend sind oder durch die nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (nach der Festsetzung des Finanzamtes) unzutreffend waren. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt. Die Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung erhoben.

Ort, Datum	Unterschrift der antragstellenden Person
------------	--

1. Ich bitte um Gewährung eines Abschlages

für die Zeit vom _____ bis _____ in Höhe des anteiligen Betrages entsprechend der Pflegestufe.

2. Zusammenstellung der Aufwendungen

- Wenn Aufwendungen für mehrere Personen geltend gemacht werden, bitte die Belege **nach Personen geordnet eintragen: Antragsteller, Ehegatte/Ehegattin, Kinder – (Bitte Rechnungen und Belege einzeln eintragen)**

Beleg Nr.	Pflegebedürftiger A = Antragsteller/in E = Eheg., Kinder = Vorname	Datum der Rechnung, der Verordnung	Art der Leistung	Rechnungsbetrag	Leistungen der Pflegeversicherung		Bemerkungen
					%-Tarif oder Betrag		
				Euro	%	Euro	
1	2	3	4	5	6	7	8
a) allgemeine Pflegeaufwendungen							
b) Unterkunfts- und Verpflegungsanteil							
c) Pflegepauschale							
			Monat:			Pflegestufe:	
d) Pflegehilfsmittel							
Summe (vom Antragsteller auszufüllen)							
Berechnung der Beihilfe (Wird von der Festsetzungsstelle ausgefüllt.)							
Dienst-/Versorgungsbezüge							rechnerisch richtig
Renten				Höchstbetragsberechnung			
Arbeitseinkommen Ehegatte/Ehegattin				Dem Grunde nach beihilfefähig			
Gesamteinkommen				abzüglich Leistungen der Versicherung			Namenszeichen/Datum
gemindert um 383/511 Euro				Beihilfe nach § 6 Abs. 6			Vermerk für Prüfer
anzurechnen 35/40/70				Beihilfe insgesamt			
Beihilfe nach § 6 Abs. 6 BhVO				abzüglich gezahlter Abschläge			
Die Beihilfe wird festgesetzt auf Euro							Namenszeichen/Datum