

**Anlage Pflege**

Beihilfenverordnung Nordrhein-Westfalen (BVO NRW)

Zentrale Scanstelle
Beihilfe
32746 Detmold

Beihilfeberechtigte Person	
Beihilfe-Nr.:	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Telefonnummer*:	
E-Mail-Adresse*:	

* Angabe freiwillig

Bitte für jede pflegebedürftige Person, für die Sie Beihilfe beantragen, eine eigene Anlage ausfüllen.

1. Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name: _____ Vorname: _____

- ☐ Beihilfeberechtigte Person
☐ Ehegattin/Ehegatte/eingetragene Lebenspartnerin/eingetragener Lebenspartner
☐ Kind

Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Einstufungs- bzw. Bewilligungsbescheid der Pflegeversicherung: ☐ liegt vor, keine Änderungen
☐ wird nachgereicht
2. Mit diesem Antrag mache ich Aufwendungen geltend für:

- | | |
|--|---|
| ☐ Pflegedienst | ☐ Vollstationäre Pflege |
| ☐ Pflegeperson (Pflegegeld) | ☐ Wohngruppenzuschlag |
| ☐ Kombination | ☐ Anschubfinanzierung |
| ☐ Kurzzeitpflege | ☐ Wohnumfeldverbesserung |
| ☐ Verhinderungspflege | ☐ Gemeinschaftliche Wohnformen |
| ☐ Tages-/Nachtpflege | ☐ Sonstiges _____ |
| ☐ Unterstützungs- und Entlastungsleistungen | |

Rechnungen über Unterstützungsangebote im Alltag bitte ich

- ☐ nach §45a SGB XI in Pflegeleistungen umzuwandeln
☐ aus dem Budget des Entlastungsbetrages abzurechnen

Pflegeart und Leistungs-/Antragszeitraum

Pflegeart _____ vom _____ bis _____
 Pflegeart _____ vom _____ bis _____
 Pflegeart _____ vom _____ bis _____

2a. Häusliche Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Dauer der Pflege (ggf. je Pflegeperson): _____ Stunden/Woche

Bitte teilen Sie jede weitere Pflegeperson separat unterschriftlich mit.

Unterbrechung der häuslichen Pflege (Krankenhausaufenthalt, stationäre Rehabilitationsmaßnahme, Teilstationäre Pflege der pflegebed. Person; Kurzzeitpflege; Verhinderungspflege (ganztäglich > 8 Stunden/Tag); stundenweise (bis zu 8 Stunden/Tag); Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson)

Art und Zeitraum der Unterbrechung: _____**Bitte Nachweise beifügen, sofern nicht bereits vorgelegt.**

2b. Vollstationäre Pflege

Einkommensnachweis (nur ausfüllen bei erstmaliger Antragstellung und bei jeder Änderung) Bei Beantragung von Beihilfen zu Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung sowie Investitionskosten sind Nachweise über die monatlichen Bezüge, Renten usw. der beihilfeberechtigten Person sowie – bei stationär gepflegten Angehörigen – der/des Ehegattin/Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners/in beizufügen.

☐ **Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto, ohne sonstige variable Bezügebestandteile)**
☐ Beihilfeberechtigte Person in Höhe von _____ €

☐ Ehegattin/Ehegatte/eingetragene/r Lebenspartner/in in Höhe von _____ €

☐ **Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters-/Hinterbliebenenversorgung**
☐ Beihilfeberechtigte Person in Höhe von _____ €

☐ Ehegattin/Ehegatte/eingetragene/r Lebenspartner/in in Höhe von _____ €

☐ **Arbeitsentgelt/Entgeltersatzleistung**
☐ Beihilfeberechtigte Person in Höhe von _____ €

☐ Ehegattin/Ehegatte/eingetragene/r Lebenspartner/in in Höhe von _____ €

Unterbrechungen der vollstationären Pflege sind durch Belege nachzuweisen. (Bsp. Korrekturrechnung der Pflegeeinrichtung)

Leistungszuschlag

Die pflegebedürftige Person erhält von der Pflegeversicherung folgenden Leistungszuschlag zu dem ihr verbleibenden Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten nach § 43c SGB XI (Pflege- und Ausbildungskosten)

ab Datum: _____

in Prozent: _____ %

monatlicher Betrag: _____ €

Bitte Nachweis der Pflegeversicherung bei erstmaligem Leistungszuschlag und bei Änderungen beifügen.

Pflegewohngeld (Bitte Bestätigung des Pflegeheims beifügen.)

Zur Zahlung der Investitionskosten wurde Pflegewohngeld beantragt: ☐ Ja ☐ Nein

Bewilligung ab Datum: _____, monatlicher Betrag _____ €

☐ Das bezogene Wohngeld wurde bereits unmittelbar bei den Investitionskosten berücksichtigt.

3. Antrag auf Zahlung eines Abschlags

Hiermit beantrage ich die Zahlung eines monatlichen Abschlags zu den zu erwartenden Kosten der

☐ stationären Pflege

☐ ambulant betreuten Wohngruppe (Wohngruppenschlag)

☐ häuslichen Pflege durch selbst beschaffte Pflegekräfte (Pflegegeld).

Mir ist bekannt,

- dass dieser Antrag kein Antrag auf Zahlung einer Beihilfe ist und die Kosten nach Ablauf des Bewilligungszeitraums der Abschlagszahlungen mit einem Beihilfeantrag geltend gemacht werden müssen.
- dass ich auf den Abschlagszeitraum entfallende Unterbrechungen der Pflegeleistungen, Leistungs-/Rechnungskürzungen usw. in dem Beihilfeantrag vollständig anzuzeigen habe.
- dass der Abschlag zurückzahlen ist, sofern er die festgesetzte Beihilfe übersteigt oder kein Beihilfeantrag gestellt wird.