

Ausfüllhilfe Anlage Pflege

Bitte verwenden Sie für jede pflegebedürftige Person eine eigene Anlage Pflege.

Ausfüllhilfe zur Anlage „Pflege“ Hinweise zu den einzelnen Punkten im Vordruck															
Anlage Pflege Beihilfenverordnung Nordrhein-Westfalen (BVO NRW) Zentrale Scanstelle Beihilfe 32746 Detmold	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="padding: 5px;">Beihilfeberechtigte Person</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 30%;">Beihilfe-Nr.:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Name:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vorname:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Geburtsdatum:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefonnummer*:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>E-Mail-Adresse*:</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> * Angabe freiwillig	Beihilfeberechtigte Person		Beihilfe-Nr.:		Name:		Vorname:		Geburtsdatum:		Telefonnummer*:		E-Mail-Adresse*:	
Beihilfeberechtigte Person															
Beihilfe-Nr.:															
Name:															
Vorname:															
Geburtsdatum:															
Telefonnummer*:															
E-Mail-Adresse*:															
Tragen Sie hier bitte die Daten der beihilfeberechtigten Person ein. Der QR-Code dient ausschließlich der internen Erfassung und Zuordnung Ihres Antrags.															
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 <u>Einstufungs- bzw. Bewilligungsbescheid der Pflegeversicherung:</u> ☐ liegt vor, keine Änderungen ☐ wird nachgereicht															
Bitte machen Sie hier Angaben zu der pflegebedürftigen Person. Bei der ersten Beantragung oder Änderungen sind der Pflegegrad, die Art der Pflegeleistungen und der Beginn der Einstufung durch den Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung nachzuweisen. Die Angaben entnehmen Sie bitte dem Bescheid der Pflegeversicherung.															
2. Mit diesem Antrag mache ich Aufwendungen geltend für: ☐ Pflegedienst ☐ Pflegeperson (Pflegegeld) ☐ Kombination ☐ Kurzzeitpflege ☐ Verhinderungspflege ☐ Tages-/Nachtpflege ☐ Unterstützungs- und Entlastungsleistungen: ☐ Vollstationäre Pflege ☐ Wohngruppenzuschlag ☐ Anschubfinanzierung ☐ Wohnumfeldverbesserung ☐ Gemeinschaftliche Wohnformen ☐ Sonstiges _____ Rechnungen über Unterstützungsangebote im Alltag bitte ich ☐ nach § 45a SGB XI in Pflegsachleistungen umwandeln ☐ aus dem Budget des Entlastungsbetrages abrechnen Pflegeart und Leistungs-/Antragszeitraum <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Pflegeart _____</td> <td style="width: 30%;">vom _____</td> <td style="width: 30%;">bis _____</td> </tr> <tr> <td>Pflegeart _____</td> <td>vom _____</td> <td>bis _____</td> </tr> <tr> <td>Pflegeart _____</td> <td>vom _____</td> <td>bis _____</td> </tr> </table>		Pflegeart _____	vom _____	bis _____	Pflegeart _____	vom _____	bis _____	Pflegeart _____	vom _____	bis _____					
Pflegeart _____	vom _____	bis _____													
Pflegeart _____	vom _____	bis _____													
Pflegeart _____	vom _____	bis _____													
Machen Sie durch Ankreuzen kenntlich, welche Leistungen abgerechnet werden sollen. Geben Sie bitte außerdem je Pflegeart den Zeitraum an, für den eine Beihilfe beantragt wird. Das ist in der Regel der zurückliegende Zeitraum, für den noch kein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt wurde. Bei erstmaliger															



	Antragstellung tragen Sie den Zeitraum ab Beginn der Einstufung bis zum Ende des vorausgegangenen Monats ein. Bei der Abrechnung von Abschlagszahlungen ist der bewilligte Zeitraum einzutragen, also in der Regel die vergangenen 12 Monate. • Bei Aufwendungen für eine Kurzzeit-/Verhinderungspflege fügen Sie den Rechnungen bitte die Leistungsabrechnung der Pflegeversicherung bei. • Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung sind erst nach Bewilligung der Pflegeversicherung beihilfefähig. Daher fügen Sie bitte den Leistungsnachweis der Pflegeversicherung bei. • Pflegehilfsmittel müssen hier nicht gesondert aufgeführt werden. Es genügt, wenn Sie dem Antrag die Rechnung und den Erstattungsnachweis der Pflegeversicherung beifügen. • Bei Rechnungen über Unterstützungsangebote im Alltag kann eine Erstattung über den Entlastungsbetrag erfolgen oder über die Umwandlung in Pflegesachleistungen. Bitte geben Sie an, wie wir die Abrechnung vornehmen sollen.
	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 (ganztägig > 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.
	Der Punkt 2a ist nur bei häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen auszufüllen. Bitte machen Sie vollständige Angaben zu Ihrer/n Pflegeperson/en. Zur korrekten Festsetzung der Beihilfe werden Angaben über eventuelle Unterbrechungszeiten bei der häuslichen Pflege benötigt. Bitte tragen Sie entsprechende Zeiten ein.
	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 Lebenspartner/in in Höhe von _____ € ☐ Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters-/Hinterbliebenenversorgung ☐ Beihilfeberechtigte Person in Höhe von _____ € ☐ Ehegattin/Ehegatte/eingetragene Lebenspartner/in in Höhe von _____ € ☐ Arbeitsentgelt/Entgeltersatzleistung ☐ Beihilfeberechtigte Person in Höhe von _____ € ☐ Ehegattin/Ehegatte/eingetragene Lebenspartner/in in Höhe von _____ € Unterbrechungen der vollstationären Pflege sind durch Belege nachzuweisen. (Bsp. Korrekturrechnung der Pflegeeinrichtung).

	Der Punkt 2b ist nur bei vollstationärer Pflege auszufüllen. Zur Prüfung, ob bei vollstationärer Pflege eine Beihilfe zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie zu den Investitionskosten gezahlt werden kann, sind Angaben über das monatliche Einkommen erforderlich. Diese umfassen: ✓ (Brutto-)Dienst- oder Versorgungsbezüge ✓ Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (ohne Beitragszuschüsse zur Krankenversicherung) ✓ Einkünfte aus Alters- oder Hinterbliebenenversorgung ✓ das Erwerbseinkommen der beihilfeberechtigten Person ✓ sonstige Einkünfte (z.B. ausländische Renten) Die entsprechenden Nachweise (z.B. Rentenbescheide) sind dem Antrag beizufügen. Änderungen sind zeitnah anzuzeigen. Bei eventuellen Unterbrechungen der vollstationären Pflege (z.B. durch Krankenhausaufenthalt) ist ein entsprechend korrigierter Beleg vorzulegen.
	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.
	Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5 in vollstationärer Langzeitpflege erhalten einen Leistungszuschlag der Pflegeversicherung zum Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten. Die Höhe dieses Zuschlages wird zur korrekten Berechnung der zustehenden Beihilfe benötigt.
	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.
	Das Pflegewohngeld ist eine Leistung zu den Investitionskosten, die im Bedarfsfall durch die Pflegeeinrichtung bei der zuständigen Gemeinde beantragt wird und an das jeweilige Pflegeheim gezahlt wird. Nähere Einzelheiten können Sie bei Ihrer Pflegeeinrichtung erfahren.
	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 (Wohngruppenzuschlag) ☐ häuslichen Pflege durch selbst beschaffte Pflegekräfte (Pflegegeld).
	Abschlagszahlungen werden in der Regel für einen Zeitraum von 12 Monaten bewilligt. Wählen Sie bitte die gewünschte Abschlagsart durch Ankreuzen. Über die Zahlungsaufnahme erhalten Sie einen gesonderten Bescheid. Erst nach Ablauf der Abschlagszahlungen wird ein Beihilfeantrag benötigt. Unterbrechungszeiten in der Pflege (wie etwa Krankenhausaufenthalt oder Rehabilitationsmaßnahmen) sind dann zur Berücksichtigung bei der Abrechnung entsprechend unter Punkt 2a oder 2b anzugeben.