

Aufwendungen für dauernde Pflege (Anlage „Pflege“)

Zum Beihilfeantrag von Frau/Herrn			vom			
1.	Angaben zur Pflegeversicherung (nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen)					
	Versicherte Person	Der Versicherungsschutz besteht seit	Private Pflegeversicherung	Soziale Pflegeversicherung		
					Mitglied	Familierversichert bei
	Antragsteller (A)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		E/L <input type="checkbox"/>
	Ehegatte (E)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	
	1. Kind (K1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	E/L <input type="checkbox"/>
	2. Kind (K2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	E/L <input type="checkbox"/>
	3. Kind (K3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	E/L <input type="checkbox"/>
	4. Kind (K4)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	E/L <input type="checkbox"/>
	5. Kind (K5)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	E/L <input type="checkbox"/>
L = Eingetragener Lebenspartner						
2.	Pflegebedürftige Person					
	Name, Vorname		Pflegestufe			
			<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> Härtefall
	Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung Bitte bei erstmaliger Beantragung von Pflegeleistungen und bei jeder Änderung vorlegen!			<input type="checkbox"/> liegt bei		
				<input type="checkbox"/> wird nachgereicht		
			<input type="checkbox"/> liegt vor			
Häusliche Pflege		Stationäre Pflege		Sonstige Leistungen		
<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege		<input type="checkbox"/> Ersatzpflege		<input type="checkbox"/> zusätzliche Betreuungsleistungen	
<input type="checkbox"/> Pflegeperson	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege					
<input type="checkbox"/> Kombination	<input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege					
3.	Bei Häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen:					
	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en)			Dauer der Pflege (gegebenenfalls je Pflegeperson) in Stunden/Woche		
Pflegezeitraum (Antragszeitraum)			von	bis		

	Unterbrechung der Pflege wegen <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> Stationärer Rehabilitationsmaßnahme <input type="checkbox"/> Urlaub der pflegebedürftigen Person <input type="checkbox"/> Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson	von von von von	bis bis bis bis			
	Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der Pflegeperson, soweit Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI besteht, Bitte Erstmitteilung und jede Änderung vorlegen!		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt vor			
	Bestätigung der erbrachten Pflege: <div style="text-align: right;">_____</div> Unterschrift der Pflegeperson(en)					
4.	Bei vollstationärer Pflege: Beantragung von verbleibenden Aufwendungen (§ 55 Abs. 4 SächsBhVO) (nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen) Bitte Nachweise über Einkünfte, Bezüge, Renten und so weiter beifügen!					
	Einkommen	Antragsteller (in EUR)	Ehegatte (in EUR)			
	Dienstbezüge (brutto, einschließlich Altersteilzeitzuschlag, ohne kinderbezogenen Anteil des Familienzuschlags)					
	Anwärterbezüge (brutto, einschließlich Familienzuschlag ohne kinderbezogenen Anteil)					
	Versorgungsbezüge (nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften, ohne Unfallausgleich, Unfallentschädigung und Unterschiedsbetrag § 50 Abs. 1 Satz 2 BeamtVG)					
	Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung ohne Beitragszuschuss vor Abzug der Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsbeiträge					
	Zahlbetrag aus einer Alters- und Hinterbliebenenversorgung					
	Arbeitsentgelt (brutto) aus nichtselbstständiger Arbeit und Lohnfortzahlungen					
	Einkünfte aus selbstständiger Arbeit					
	Lohnersatzleistungen					
5.	Ich beantrage Aufwendungen für <input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel <input type="checkbox"/> Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes					
	Beleg vom	Betrag in EUR	Zuschüsse der Pflegeversicherung in EUR	Leistungsbescheid der Pflegeversicherung liegt bei	wird nachgereicht	liegt vor
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>