

**Antrag auf Zahlung eines Zuschusses zu den Beiträgen
zur Kranken- und Pflegeversicherung während der Pflegezeit**

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

Landesamt für Steuern und Finanzen
Bezügestelle Dresden
Referat 339/D – Beihilfe
Postfach 10 06 55
01076 Dresden

1. Person in Pflegezeit

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)		Telefon (Angabe freiwillig)
Dauer der Pflegezeit:	von	bis

2. Beihilfeberechtigter

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)		Telefon (Angabe freiwillig)

3. Pflegebedürftige Person

☐ Beihilfeberechtigter	☐ Ehegatte	☐ Kind, Vorname: (gegebenenfalls abweichender Familienname):
---	-----------------------------------	--

4. Beitrag während der Pflegezeit

Name der Kranken- und Pflegeversicherung		
Monatsbeitrag Krankenversicherung in EUR	Monatsbeitrag Pflegeversicherung in EUR	Familienversicherung möglich ¹ ☐ ja ☐ nein
Bestätigung der Kranken- und Pflegeversicherung		

¹ Eine (beitragsfreie) Familienversicherung von Angehörigen des in der gesetzlichen Kranken- beziehungsweise Pflegeversicherung Versicherten (Ehegatte, Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern) ist unter den Voraussetzungen des § 10 SGB V beziehungsweise § 25 SGB XI möglich (unter anderem dann, wenn der Angehörige nicht Pflichtmitglied der gesetzlichen Krankenversicherung ist und bestimmte Einkommensgrenzen nicht überschritten werden).

5. Bankverbindung

Kreditinstitut	IBAN beziehungsweise Kontonummer	BIC beziehungsweise Bankleitzahl
Kontoinhaber		

6. Erklärung

Mir ist bekannt, dass ich Änderungen unverzüglich anzuzeigen habe und die Zuschüsse ganz oder anteilig zurückzuzahlen sind, falls sie die Höhe der gezahlten Beiträge übersteigen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers