

Absender (Pflegeeinrichtung) Telefon-Nr. für Rückfragen:	Antrag auf Zusage der Beihilfezahlung für vollstationäre Pflege in einer Pflegeeinrichtung bei einer Verweildauer von voraussichtlich mindestens 10 Tagen (nicht umfasst sind Kurzzeit- und Verhinderungspflege, auch wenn diese in einer vollstationären Pflegeeinrichtung erbracht wird!) Dieser Antrag ermächtigt die Festsetzungsstelle, die Beihilfe unmittelbar an die stationäre Einrichtung zu zahlen. Org-Nr. – Personalnummer des Beihilfeberechtigten
Vertrauliche Beihilfeangelegenheit! Landesamt für Steuern und Finanzen Bezügestelle Dresden Referat 339/D – Beihilfe Postfach 10 06 55 01076 Dresden	Pflegebedürftige Person (Name, Vorname, Geburtsdatum) Pflegestufe ☐ I ☐ II ☐ III ☐ Härtefall
Ich erkläre, dass sich folgende Sachverhalte seit dem letzten Beihilfeantrag nicht verändert haben: – Ausbildungs-, Dienst- und Beschäftigungsverhältnis, Versorgung, Beurlaubung, – Familienstand, im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder, – Krankenversicherungsschutz, – anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von berücksichtigungsfähigen Angehörigen, soweit hier relevant), – Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil, – anderweitige Ansprüche (zum Beispiel Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, nach Bundesversorgungsgesetz), – die Pflegestufe beziehungsweise der Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung, – meine Einkünfte und Einkünfte des Ehegatten (relevant bei Beantragung von verbleibenden Aufwendungen nach § 55 Abs. 4 SächsBhVO), – Anschrift, – Aufwendungen für Unfälle, – keine Behandlung durch einen nahen Angehörigen, – keine Änderung hinsichtlich der Antragsvollmachten. Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die Pflegeeinrichtung, direkt mit der Festsetzungsstelle abzurechnen.	
Ort, Datum und Unterschrift des Beihilfeberechtigten	

Von der vollstationären Pflegeeinrichtung auszufüllen

Pflegezeitraum	von	bis
Unterbrechung wegen		
☐ Krankenhausaufenthalt	von	bis
☐ Stat. Rehabilitationsmaßnahme	von	bis
☐	von	bis
Zu erwartende Kosten in EUR:		
davon pflegebedingte Aufwendungen		
davon Unterkunft/Verpflegung		
davon Investitionskosten		
davon Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Abs. 1 SGB XI		
davon sonstige Aufwendungen (zum Beispiel Platzfreihaltegebühren)		
Datum/Unterschrift/Stempel der Einrichtung		