

Antrag auf Beihilfe für Pflegeleistungen

BERLIN



Hinweise:

- Bitte keine Originale einreichen. Eine Rücksendung der Belege erfolgt nicht. Unterlagen bitte nicht klammern, heften oder kleben.
- Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum beantragt wird.
Für den Beginn der Frist ist bei Pflegeleistungen der letzte Tag des Monats maßgebend, in dem die Pflege erbracht wurde.
- Für alle anderen Leistungen bitte den „Antrag auf Beihilfe in Krankheits-, Geburts- u. sonstigen Fällen“ verwenden.
- Lebenspartner sind Personen, die eine Partnerschaft auf Lebenszeit nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz begründet haben.

| | | |
|---|--------------|-----------------------------|
| beihilfeberechtigte Person: Name, Vorname | Geburtsdatum | Telefon (Angabe freiwillig) |
| Landesverwaltungsamt Berlin | | E-Mail (Angabe freiwillig) |
| Beihilfeservice - BS - | | Dienst-/ Wohnanschrift |
| 10702 Berlin | | |

Personalkennzeichen

Antragsdatum

 (TT.MM.JJJJ)

Summe der geltend gemachten Aufwendungen

 Euro, Cent

Kontoverbindung

Beihilfe bitte überweisen auf das Gehaltskonto das Beihilfekonto das folgende Konto:

IBAN: D E _____

BIC: _____

Kontoinhaber/in: _____ künftig immer als **Beihilfekonto** nutzen

Ich versichere, nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Beihilfebewilligung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Nachlässe auf die Kosten sofort der Beihilfestelle anzuzeigen habe. Mir ist auch bekannt, dass ich verpflichtet bin, die Beihilfe für meine/n Ehegatten/in / Lebenspartner/in zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe der Einkünfte unzutreffend sind oder durch die nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (nach Festsetzung des Finanzamtes) unzutreffend werden. Mir ist weiter bekannt, dass ich im Falle bewusst unrichtiger oder unvollständiger Angaben sowie Verfälschung von Belegen strafrechtlich und disziplinarrechtlich verfolgt werde. Tarifbeschäftigte haben mit einer Kündigung zu rechnen.

Unterschrift

Ich stelle den Antrag als Bevollmächtigte/r; die Vollmacht liegt vor. ist beigefügt.

1 Stammdatenblatt

Das Stammdatenblatt bitte nur beifügen beim Erstantrag oder bei Änderungen der dort aufgeführten persönlichen Verhältnisse.

2 Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für den/die Ehegatten/in, Lebenspartner/in geltend gemacht werden

Der **Gesamtbetrag der Einkünfte** meiner/meines E/LP¹⁾ beträgt nach § 2 Abs. 3 Einkommenssteuergesetz laut Einkommensteuerbescheid

- | | | |
|--|-------------------|-----------------|
| a) im vorletzten Kalenderjahr (20__) | bis zu 20.000 EUR | über 20.000 EUR |
| b) im letzten Kalenderjahr (20__) | bis zu 20.000 EUR | über 20.000 EUR |
| c) voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr (20__) | bis zu 20.000 EUR | über 20.000 EUR |

Der Einkommensteuerbescheid ist der Beihilfestelle jährlich in Kopie zu übersenden.

3 Unfall- und verletzungsbedingte Aufwendungen (bitte auch bei Folgekosten beantworten)

Die geltend gemachten **unfallbedingten** Aufwendungen sind entstanden am _____

- durch einen **Dienstunfall**
 durch einen **Arbeitsunfall**

Hinweis: Die Aufwendungen sind grundsätzlich nicht berücksichtigungsfähig.
Bitte wenden Sie sich an die zuständige Dienststelle.

- durch einen **Schulunfall**
 durch einen **Kindergartenunfall**

Für die unfallbedingten Aufwendungen besteht ein Anspruch auf Kostenerstattung (z.B. auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder beamtenrechtlichen Unfallfürsorge): nein ja

- durch einen Unfall im **privaten** Bereich
 durch einen **Sportunfall**
 durch ein **anderes** Ereignis

Es kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht: nein ja
Der Unfallfragebogen liegt bereits vor: nein ja

1) Ehegatte/Ehegattin oder Lebenspartner/in

| | |
|---|---------------------|
| beihilfeberechtigte Person: Name, Vorname | Personalkennzeichen |
|---|---------------------|

4 Angaben zum Pflegegrad und Nachweise

| | |
|---|---|
| Nachname, Vorname der ersten pflegebedürftigen Person: _____, _____ | Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| Nachname, Vorname der zweiten pflegebedürftigen Person: _____, _____ | Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |

Bitte legen Sie den Einstufungsbescheid bei **erstmaliger** Beantragung von Pflegeleistungen und bei **allen Änderungen** in Kopie vor.

5 Sonstige Pflegeleistungen

Ich beantrage Beihilfe für in der Zusammenstellung aufgeführte Rechnung/en der folgenden Pflegeleistungen:

- a) Sachleistungen (Kombinationspflege, Pflegegeld, Sachleistung)
- b) Tages-/Nachtpflege
- c) Entlastungsbeitrag / Unterstützungsleistungen im Alltag (z.B. niederschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen aus dem Sachleistungsbudget)
- d) Kurzzeit-/Verhinderungspflege
- e) Pflegehilfsmittel
- f) Sonstiges (z.B. Wohnumfeldverbesserung)

Bitte immer Leistungsnachweis der Pflegekasse über die Zahlung und Anerkennung der Maßnahme in Kopie beifügen.

6 Ambulante Pflegeleistungen (Pflegegeld)

a Ich beantrage rückwirkend Pflegegeld für folgende pflegebedürftige Personen:

_____, von _____, bis _____

In diesem Zeitraum gab es keine Unterbrechungen
 folgende **Unterbrechungen** (z.B. Kurzzeit-/Verhinderungspflege, Krankenhaus-/ stat. Reha):
von _____, bis _____, Grund _____
von _____, bis _____, Grund _____

_____, von _____, bis _____

In diesem Zeitraum gab es keine Unterbrechungen
 folgende **Unterbrechungen** (z.B. Kurzzeit-/Verhinderungspflege, Krankenhaus-/ stat. Reha):
von _____, bis _____, Grund _____
von _____, bis _____, Grund _____

b Ich gebe folgende Erklärung zum Ende des im Voraus gezahlten Pflegegeldes (Abschlagszahlung) ab:

Die Pflegeversicherung hat für folgende pflegebedürftige Person/en Pflegegeld im aufgeführten Zeitraum gezahlt:

_____, von _____, bis _____

In diesem Zeitraum gab es keine Unterbrechungen
 folgende **Unterbrechungen** (z.B. Kurzzeit-/Verhinderungspflege, Krankenhaus-/ stat. Reha):
von _____, bis _____, Grund _____
von _____, bis _____, Grund _____

_____, von _____, bis _____

In diesem Zeitraum gab es keine Unterbrechungen
 folgende **Unterbrechungen** (z.B. Kurzzeit-/Verhinderungspflege, Krankenhaus-/ stat. Reha):
von _____, bis _____, Grund _____
von _____, bis _____, Grund _____

c Ich beantrage Vorauszahlung von Pflegegeld (Abschlagszahlung der Beihilfe) für die in 6a bzw. 6b genannten Personen für die nächsten 6 Monate.

| | |
|---|---------------------|
| beihilfeberechtigte Person: Name, Vorname | Personalkennzeichen |
|---|---------------------|

| | |
|--|---|
| 7 Vollstationäre Pflegeleistungen | |
| a | <input type="checkbox"/> Ich beantrage Beihilfe für in der Zusammenstellung aufgeführte Rechnung/en der vollstationären Pflege, für folgende pflegebedürftige Person/en, für die ich keine Beihilfevorauszahlung (Abschlag) erhalten habe: _____, von _____, bis _____ _____, von _____, bis _____ |
| b | <input type="checkbox"/> Ich beantrage das abschließende Festsetzen der im Voraus gezahlten Beihilfe(Abschlag) für in der Zusammenstellung aufgeführte Rechnung/en der vollstationären Pflege, für folgende pflegebedürftige Person/en: _____, von _____, bis _____ _____, von _____, bis _____ |
| c | <input type="checkbox"/> Ich beantrage Vorauszahlung (Abschlagszahlung der Beihilfe) auf die zu erwartenden Kosten für vollstationäre Pflegeleistungen für die in 7a bzw. 7b genannten Personen für die nächsten 6 Monate. |
| d | <input type="checkbox"/> Ich beantrage individuell erhöhte Beihilfe für vollstationäre Pflegeleistungen: Die Aufwendungen für Pflegeleistungen, die über die gesetzlichen monatlichen Pflegepauschalen hinausgehen, Verpflegung und Unterkunft einschließlich der Investitionskosten sollen im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten als beihilfefähig anerkannt werden, weil die Einkünfte nicht zur Deckung dieser Kosten ausreichen. <input type="checkbox"/> Folgende Personen sind zeitgleich in einem Heim untergebracht (vollstationäre Pflege): <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigte/r <input type="checkbox"/> Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner <input type="checkbox"/> Kinder Vorname: _____ Vorname: _____ <input type="checkbox"/> Das mir übersandte Formular „Einkommen - stationäre Pflege“ für das letzte Kalenderjahr habe ich ausgefüllt und diesem Antrag, mit allen angeforderten Unterlagen, beigelegt. <input type="checkbox"/> Ich verzichte auf die Neuberechnung der erhöhten Beihilfe nach Beendigung des bisherigen Genehmigungszeitraumes. Hinweis: Nach Vorliegen Ihrer <u>vollständigen</u> Einkommensunterlagen prüft die Beihilfestelle, ob unter der Berücksichtigung Ihrer individuellen Einkommensverhältnisse eine erhöhte Beihilfe für vollstationäre Pflegeleistungen gezahlt werden kann. |

| |
|---|
| Einverständniserklärung: Die Beihilfestelle darf zur Festsetzung der Beihilfe notwendige Auskünfte über Rechnungen/Belege einholen a) bei den zuständigen Pflege-/Krankenversicherungen bzw. anderen Kostenträgern <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein b) bei den Behandlern bzw. Rechnungsausstellern <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Die Einwilligungen sind freiwillig. Eine fehlende Einwilligung kann zu Verzögerungen in der Beihilfearbeitung führen. |
|---|

| | |
|---|---------------------|
| beihilfeberechtigte Person: Name, Vorname | Personalkennzeichen |
|---|---------------------|

Zusammenstellung der pflegebedingten Aufwendungen

Bitte beachten Sie:

- Wenn Sie Aufwendungen für **mehrere** Personen geltend machen, tragen Sie die Belege bitte **nach Personen geordnet** ein: **Antragsteller/in, Ehegattin/Ehegatte, Lebenspartner/in, Kinder.**
- Werden Aufwendungen für die Ehegattin/den Ehegatten oder die/den Lebenspartner/in geltend gemacht, sind immer Angaben zu dessen Einkünften erforderlich (S. 1, Nr. 2).
- In die Spalte 6 (Kostenerstattung von anderer Seite) sind auch Erstattungen aus Zusatzversicherungen einzutragen.
- Bitte tragen Sie jede Rechnung einzeln ein und beachten Sie dabei, dass die Belege nicht zurückgegeben werden. Reichen Sie deshalb **keine Originale** ein.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--------------|---|---------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|
| Beleg Nr. | Aufwendungen für A=Antragsteller/in E/LP= Ehegatte/in Lebenspartner/in bei Kindern Vorname | Datum der Rechnung, des Rezepts | Art der Pflegeaufwendung (z.B. Pflegegeld, ambulante Pflege, Heim, Kurzzeit-/Verhinderungspflege, zus. Betreuungsleistungen, Hausnotruf, Pflegeeinsatzberatung, Wohnumfeldverbesserung etc.) | Rechnungsbetrag EUR, Ct | Kostenerstattung von anderer Seite EUR, Ct | Unfallbedingte Aufwendungen (s. Frage 3) Datum des Unfalls |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Summe | | | | | | |