

Anlage "Pflege" zum Antrag auf Gewährung einer Beihilfe

Beihilfeberechtigter Name, Vorname, ggf. Geburtsname	Antrag vom	Personal-Nr.: BF <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										

1	Pflegebedürftige Person	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Name, Vorname</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> Pflegegrad (Bitte bei erstmaliger Beantragung von Pflegeleistungen und bei jeder Änderung den Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung vorlegen!) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 </td> </tr> </table>	Name, Vorname	Pflegegrad (Bitte bei erstmaliger Beantragung von Pflegeleistungen und bei jeder Änderung den Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung vorlegen!) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Name, Vorname	Pflegegrad (Bitte bei erstmaliger Beantragung von Pflegeleistungen und bei jeder Änderung den Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung vorlegen!) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			

2 Ich beantrage Leistungen für:		
Pflegezeitraum (Antragszeitraum) von _____ bis _____		
Häusliche Pflege <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Pflegeperson (Pflegegeld) <input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege <input type="checkbox"/> Kombination	Stationäre Pflege <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Vergütungszuschläge <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	Sonstige Leistungen <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> Wohngruppenzuschlag <input type="checkbox"/> zusätzliche Betreuungsleistungen <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag <input type="checkbox"/> Anschubfinanzierung zur Gründung einer Wohngruppe
Ich beantrage Aufwendungen für:		
<input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel <input type="checkbox"/> Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes		
Belegdatum	Betrag in €	Zuschüsse der Pflegeversicherung in € (Bitte Leistungsbescheid der Pflegeversicherung beifügen.)

3	Bei häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen:
	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en)
	Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der Pflegeperson, soweit Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 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

 Aktuelle Informationen erhalten Sie als Newsletter unter www.kv-sachsen.de


4 Enthalten die Aufwendungen für Pflegeleistungen Unterbrechungszeiträume?

ja nein

wenn ja¹⁾:

Unterbrechung der Pflege wegen: _____

von: _____ bis: _____

¹⁾ Soweit mehrere Gründe - auch gleichzeitig - vorliegen (zum Beispiel Inanspruchnahme von Kurzzeit-/Verhinderungspflege bei Urlaub der Pflegeperson, Krankenhausaufenthalt, stationäre Rehabilitationsmaßnahmen), sind diese alle vollständig anzugeben.

5 Abschlagszahlung
Hinweis: Nur im Bereich der häuslichen Pflege bei Pflege durch Pflegepersonen und der vollstationären Pflege möglich.

Neuantrag: Ich beantrage erstmalig eine Abschlagszahlung für die nächsten 6 Monate, ab: _____

Folgeantrag:

Ich versichere, dass das Pflegegeld im zurückliegenden Zeitraum ohne Kürzungen von der Pflegeversicherung gezahlt wurde:
von (Monat/Jahr) bis (Monat/Jahr) _____

Es gab im zurückliegenden Zeitraum Unterbrechungen (zum Beispiel Krankenhausaufenthalt, Kurzzeitpflege und so weiter)
von (Tag/Monat/Jahr) _____ bis (Tag/Monat/Jahr) _____
Grund: _____
von (Tag/Monat/Jahr) _____ bis (Tag/Monat/Jahr) _____
Grund: _____

Ich beantrage gleichzeitig die Abschlagszahlung des Pflegegeldes für weitere 6 Monate.

6 Beantragung von verbleibenden Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten bei vollstationärer Pflege (§ 55 Abs. 4 SächsBhVO) (nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen)
Bitte Nachweise über Einkünfte, Bezüge, Renten usw. beifügen!

Einkommen	Beihilfeberechtigter (in €)	Ehegatte/Lebenspartner (in €)
Dienstbezüge (brutto, einschl. Altersteilzeitzuschlag, ohne kinderbezogenen Anteil des Familienzuschlages)		
Anwärterbezüge (brutto, einschl. Familienzuschlag ohne kinderbezogenen Anteil)		
Versorgungsbezüge (nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften, ohne Unfallausgleich, Unfallentschädigung und Unterschiedsbetrag § 55 Abs. 1 Satz 1 SächsBeamtVG)		
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung ohne Beitragszuschuss vor Abzug der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge		
Zahlbetrag aus einer Alters- und Hinterbliebenenversorgung (z. B. VBL, ZVK)		
Arbeitsentgelt (brutto) aus nichtselbständiger Arbeit und Lohnfortzahlungen		
Einkünfte aus selbständiger Arbeit		
Lohnersatzleistungen		

Ort/Datum

Unterschrift des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten

Vollmacht liegt dem KVS vor ist beigefügt