

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)/ Lebenspartner (L)		<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"/>	
2.	Pflegebedürftige Person					
	Name, Vorname		Pflegestufe			
			<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III
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			
3.	Ich beantrage Leistungen für den Pflegezeitraum:					
	von		bis			
	Hinweis: Bitte beachten Sie, dass die Beantragung nur für bereits abgelaufene Pflegezeiträume erfolgen kann.					
	Häusliche Pflege (bitte Punkt 4 beachten!)	Stationäre Pflege (bitte Punkt 5 beachten!)	Sonstige Leistungen			
	<input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Pflegeperson <input type="checkbox"/> Kombination <input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Vergütungszuschläge <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> Ersatz-/Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> Wohngruppenschlag <input type="checkbox"/> zusätzliche Betreuungsleistungen			
	<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Zahlung der Pflegepauschale als Abschlagszahlung. Hinweis: Nur im Bereich der häuslichen Pflege bei Pflege durch Pflegepersonen und der vollstationären Pflege möglich.					
Ich beantrage Aufwendungen für						
<input type="checkbox"/> für Pflegehilfsmittel		<input type="checkbox"/> für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes		<input type="checkbox"/> zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen		
Beleg vom	Betrag in Euro	Zuschüsse der Pflegeversicherung in Euro	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"/>	

4.	Bei Häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen:		
	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en)		Dauer der Pflege (gegebenenfalls je Pflegeperson) in Stunden/Woche
	Unterbrechung der Pflege	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wegen ¹
	<input type="checkbox"/> Häuslicher Krankenpflege	von	bis
	<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt	von	bis
	<input type="checkbox"/> Stationärer Rehabilitationsmaßnahme	von	bis
	<input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt der pflegebedürftigen Person	von	bis
	<input type="checkbox"/> Urlaub der Pflegeperson	von	bis
	<input type="checkbox"/> Erkrankung der Pflegeperson	von	bis
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege	von	bis	
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	von	bis	
¹ Soweit mehrere Gründe – auch gleichzeitig – vorliegen (zum Beispiel Inanspruchnahme von Ersatz-/Verhinderungspflege bei Urlaub der Pflegeperson), sind diese alle vollständig anzugeben.			
Bestätigung der erbrachten Pflege:			
_____ Unterschrift 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	
5.	Bei vollstationärer Pflege:		
	Unterbrechungszeiten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Angaben unter 4.)		
	Beantragung von verbleibenden Aufwendungen (§ 55 Absatz 4 SächsBhVO) (nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen) Bitte Nachweise über Einkünfte, Bezüge, Renten und so weiter beifügen!		
	Einkommen	Antragsteller (in Euro)	Ehegatte/Lebenspartner (in Euro)
	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 § 55 Absatz 1 Satz 1 SächsBeamtVG)		
	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			
Ort, Datum _____		Unterschrift des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten	
		Vollmacht <input type="checkbox"/> liegt dem LSF vor <input type="checkbox"/> ist beigefügt	