Landesverwaltungsamt Berlin
Zentrale Beihilfestelle

Ausfüllanleitung

Antrag auf Beihilfe für Pflegeleistungen (Pflegeantrag)

Einleitung zu den neuen Antragsvordrucken in der Beihilfe ab Mai 2015 - Übersicht

Ab dem 15.05.2015 stellt die Beihilfestelle neue Antragsformulare zur Verfügung. Diese gliedern sich zukünftig in die drei folgenden Vordrucke:

1. Stammdaten
Zur Mitteilung von Änderungen bei den pers. Verhältnissen

2. Beihilfeantrag
Zur Geltendmachung aller Aufwendungen aus dem Bereich der Krankenversicherung (z.B. ärztl. Leistungen, Medikamente, Physio, Zahnarzt, Krankenhaus, Reha, Hilfsmittel)

3. Pflegeantrag
Zur Geltendmachung aller Aufwendungen aus dem Bereich der Pflegeleistungen (z.B. Heim, Pflegedienst, Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel)

Mit dem Pflegeantrag reichen Sie alle Aufwendungen aus dem Bereich der Pflegeleistungen ein. Änderungen bei den persönlichen Verhältnissen teilen Sie uns bitte mit dem neuen Stammdatenblatt mit. Aufwendungen für übliche Leistungen der Krankenversicherung reichen Sie bitte mit dem originären Beihilfeantrag ein.

Ausfüllanleitung zum Pflegeantrag

Nachfolgend erhalten Sie für die einzelnen Abschnitte des neuen Antrags auf Beihilfe für Pflegeleistungen (Pflegeantrag) eine Hilfestellung für das Ausfüllen:

1. Allgemeines

beihilfeberechtigte Person: Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon (Angabe freiwillig)
	E-Mail (Angabe freiwillig)	
	Dienst-/ Wohnanschrift	

Landesverwaltungsamt Berlin
Beihilfeservice - BS -
10702 Berlin

Personalkennzeichen

Antragsdatum (TT.MM.JJJJ)

Summe der geltend gemachten Aufwendungen
0,00 Euro, Cent

Die Angabe der Wohnanschrift ist nur bei Versorgungsempfängern/innen oder Personen, die nicht im Dienst sind, erforderlich. Aktive Dienstkräfte erhalten den Bescheid an die Dienstanschrift.

Bitte tragen Sie hier Ihre max. 8-stellige Personal- oder Versorgungsnummer ein

Tragen Sie das Datum Ihres Antrags ein (Antragsdatum) ein

Bei einem am PC ausgefüllten Antrag wird die Gesamtsumme der Aufwendungen automatisch berechnet und hier ausgewiesen.

Bei handschriftlich ausgefüllten Anträgen bitte hier die Gesamtsumme des Antrags eintragen!

Kontoverbindung

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

IBAN: D E __ ____ ____ ____ ____ __

BIC: _____

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

Grundsätzlich erfolgt die Beihilfezahlung nur auf ein Gehalts- oder Beihilfekonto.

Sie können ein - bestehendes eigenes - Konto als Beihilfekonto bestimmen, wenn es sich hierbei nicht um das Gehaltskonto handelt, die Beihilfe aber immer auf dieses andere Konto überwiesen werden soll.

Eine sonstige Kontoverbindung kann nur in Ausnahmefällen (z.B. Zahlung einer Krankenhausrechnung an das Krankenhaus) verwendet werden.

Nur bei ausländischen Kontoverbindungen ist die Angabe der BIC erforderlich.

Einzelne Rechnungen eines Antrags an die jeweiligen Rechnungsaussteller zu überweisen, ist aus verwaltungsökonomischen Gründen nicht möglich!

Unterschrift und Vollmacht

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.

Bitte unterschreiben Sie Ihren Antrag!

Sind Sie Bevollmächtigter, dann muss eine Vollmacht vorliegen. Den Vordruck für eine Vollmacht finden Sie auf unserer Internetseite.

Ehegatteneinkommen

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

Der **Gesamtbetrag der Einkünfte** meiner/meines E/LP[1)] beträgt nach § 2 Abs. 3 Einkommenssteuergesetz laut **Einkommensteuerbescheid**

a)	im **vorletzten** Kalenderjahr (20___)	☐ bis zu 17.000 EUR	☐ über 17.000 EUR
b)	im **letzten** Kalenderjahr (20___)	☐ bis zu 17.000 EUR	☐ über 17.000 EUR
c)	voraussichtlich im **laufenden** Kalenderjahr (20___)	☐ bis zu 17.000 EUR	☐ über 17.000 EUR

Der Einkommensteuerbescheid ist der Beihilfestelle jährlich in Kopie zu übersenden.

Die Frage zum Ehegatteneinkommen ist immer dann zu beantworten, wenn Aufwendungen für den Ehegatten oder Lebenspartner geltend gemacht werden.

Das Einkommen des Ehegatten ist jährlich mit einer Kopie des Ein-kommensteuerbescheids nachzuweisen. Einkommensdaten des Beihilfeberechtigten selbst können im Steuerbescheid unkenntlich gemacht werden.

Unfall

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

Die geltend gemachten **unfall**bedingten Aufwendungen sind entstanden am _____

☐ durch einen **Dienst**unfall ☐ durch einen **Arbeits**unfall	***Hinweis:*** *Die Aufwendungen sind grundsätzlich nicht berücksichtigungsfähig. Bitte wenden Sie sich an die zuständige Dienststelle.*
☐ durch einen **Schul**unfall ☐ durch einen **Kindergarten**unfall	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 **Sport**unfall ☐ durch ein **anderes** Ereignis	Es kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht: ☐ nein ☐ ja Der Unfallfragebogen liegt bereits vor: ☐ nein ☐ ja

Sofern es sich um Aufwendungen handelt, die aufgrund eines Dienstunfalles entstanden sind, sind die Aufwendungen durch die zuständige Dienststelle zu erstatten. Die Beihil-festelle ist in diesem Fall nicht zuständig!

Sofern es sich um einen Schul-/Kitaunfall handelt ist die Unfallkasse zuständiger Leistungsträger.

Sollten die zuständigen Leistungsträger die Leistungen nicht erstatten, so reichen Sie bitte einen entsprechenden Nachweis ein.

Ein möglicher Schadenersatzanspruch liegt vor, wenn ein Dritter an dem Unfall beteiligt war. Bei der ersten Beantragung von unfallbedingten Aufwendungen, für die ein Schadenersatzanspruch in Betracht kommt, ist der Unfallfragebogen, der bei der Beihilfestelle abgefordert werden kann, vollständig auszufüllen.

Pflegestufe

4 Wurden Behandlungen durch nahe Angehörige durchgeführt?

☐ nein ☐ ja, es handelt sich dabei um folgende Beleg-Nr.: _____

Bei der/dem/den nahen Angehörigen handelt es sich um meine/n:

_____

Hinweis:
Die Aufwendungen für persönliche Behandlungen durch die Ehegattin, den Ehegatten, die eingetragene Lebenspartnerin, den eingetragenen Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder des Behandelten sind nicht beihilfefähig. In diesen Fällen sind nur die tatsächlich entstandenen Sachkosten beihilfefähig (§ 8 Abs.1 Nr. 7 LBhVO)

Bitte tragen Sie hier Namen und Vorname sowie die Pflegestufe der pflegebedürftigen Person/en ein.

Ist eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz von der Pflegekasse festgestellt worden, dann kreuzen Sie dies hier bitte an. Die Angabe ist für die Gewährung des erhöhten Pflegegeldes notwendig.

Die Beihilfestelle benötigt vor der Bearbeitung von Pflegeleistungen immer erst den Einstufungsbescheid der zuständigen Pflegekasse! Bitte legen Sie diesen beim ersten Antrag auf Pflegeleistungen Sowie bei jeder Änderung der Pflegestufe in Kopie bei!

Die Angabe der Pflegestufe ist danach nur bei Änderungen der Pflegebedürftigkeit notwendig.

Sonstige Pflegeleistungen

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.

Bitte kreuzen Sie hier die sonstigen Pflegeleistungen an, die Sie geltend machen (Hinweis: ambulante und vollstationäre Pflegeleistungen werden später im Antrag gesondert abgefragt).
Für manche Leistungsarten benötigt die Beihilfestelle den Leistungsnachweis der zuständigen Pflegekasse in Kopie. Bitte beachten!

Ambulante Pflegeleistungen

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 (Abschlagzahlung der Beihilfe) für die in 6a bzw. 6b genannten Personen für die nächsten 6 Monate.**

Wenn Sie Pflegegeld für zurückliegende Zeiträume beantragen wollen, tragen Sie hier bitte den Zeitraum und die pflegebedürftige Person ein.

Wenn es in diesem Zeitraum Unterbrechungen bei der Pflege gab, so benötigen wir Angaben zum Zeitraum der Unterbrechung und zum Unterbrechungsgrund z.B. einem stationärem Krankenhausaufenthalt.

Wenn Sie in den vergangenen Monaten Abschlagszahlungen von der Beihilfestelle für das Pflegegeld erhalten haben, tragen Sie hier bitte den Abschlagszeitraum und die pflegebedürftige Person ein.

Wenn es in diesem Zeitraum Unterbrechungen bei der Pflege gab, so benötigen wir Angaben zum Zeitraum der Unterbrechung und zum Unterbrechungsgrund z.B. einem stationärem Krankenhausaufenthalt.

Hier können Sie einen neuen Abschlag für die nächsten 6 Monate für das Pflegegeld beantragen

Hinweis: Die bisherige Angabe oder Unterschrift der Pflegeperson ist nicht mehr erforderlich!

vollstationäre Pflegeleistungen

7 Vollstationäre Pflegeleistungen

a ☐ **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 ☐ **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 ☐ **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 ☐ **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.

☐ Folgende Personen sind zeitgleich in einem Heim untergebracht (vollstationäre Pflege):

- ☐ Beihilfeberechtigte/r
- ☐ Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner
- ☐ Kinder

Vorname: _____

Vorname: _____

☐ Das mir übersandte Formular „Einkommen - stationäre Pflege“ für das letzte Kalenderjahr habe ich ausgefüllt und diesem Antrag, mit allen angeforderten Unterlagen, beigefügt.

☐ Ich verzichte auf die Neuberechnung der erhöhten Beihilfe nach Beendigung des bisherigen Genehmigungszeitraumes.

Hinweis:

Nach Vorliegen Ihrer vollständigen Einkommensunterlagen prüft die Beihilfestelle, ob unter der Berücksichtigung Ihrer individuellen Einkommensverhältnisse eine erhöhte Beihilfe für vollstationäre Pflegeleistungen gezahlt werden kann.

Wenn Sie Aufwendungen für die vollstationäre Pflege einreichen, bitte hier ankreuzen und in der Zusammenstellung der Aufwendungen auf Seite 4 des Pflegeantrags die Rechnungen eintragen

Wenn Sie in den vergangenen Monaten Abschlagszahlungen von der Beihilfestelle für die vollstationäre Pflege erhalten haben, tragen Sie hier bitte den Abschlagszeitraum und die pflegebedürftige Person ein.
In der Zusammenstellung der Aufwendungen auf Seite 4 des Pflegeantrags bitte die betroffenen Rechnungen eintragen.

Hier können Sie einen neuen Abschlag für die nächsten 6 Monate für die vollstationäre Pflege beantragen.

Sofern die eigenen Einkünfte zur Deckung der Kosten der vollstationären Pflege nicht ausreichen, gibt es die Möglichkeit eine erhöhte Beihilfe zu beantragen.

Die Beihilfestelle benötigt für die Prüfung Ihres Antrags weitere Angaben insb. zu Ihrem Einkommen des letzten Kalenderjahres (Kopie des Steuerbescheids, Rentenanpassungsmitteilung)

Die Beihilfestelle prüft, ob eine erhöhte Beihilfe gezahlt werden kann. Sie erhalten hierüber einen Bescheid.

Einverständniserklärung

Einverständniserklärung:

Die Beihilfestelle darf zur Festsetzung der Beihilfe notwendige Auskünfte über Rechnungen/Belege einholen

a) bei den zuständigen **Pflege-/Krankenversicherungen** bzw. anderen Kostenträgern ☐ ja ☐ nein

b) bei den **Behandlern** bzw. Rechnungsausstellern ☐ ja ☐ nein

Die Einwilligungen sind freiwillig. Eine fehlende Einwilligung kann zu Verzögerungen in der Beihilfebearbeitung führen.

Die Einverständniserklärung ermöglicht einen direkten Kontakt mit den Versicherungen und /oder Behandlern, so dass zeitnah eine Klärung bestehender Fragen erfolgen kann.

Zusammenstellung der 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**	**Unfall-**bedingte Aufwendungen (s. Frage 3) Datum des Unfalls

Bitte tragen Sie hier Ihre Aufwendungen für Pflegeleistungen ein, für die sie eine Beihilfe beantragen.

Sie unterstützen die Bearbeitung, wenn Sie die Aufwendungen nach Personen sortieren.

Vielen Dank!

Bitte geben Sie bei unfallbedingten Aufwendungen das Datum des Unfalls an!

Haben Sie weitere Fragen?

- Bitte schauen Sie ins Internet:
  http://www.berlin.de/landesverwaltungsamt/beihilfe/

- Sie können Sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Service-Punkt der Zentralen Beihilfestelle im Landesverwaltungsamt Berlin wenden.

- **Informationen zu den Sprechzeiten des ServicePunktes**

Sie können uns per E-Mail erreichen: vbb@lvwa.berlin.de

Schauen Sie ins **Internet.**

Wenden Sie sich zu den Sprechzeiten an den **ServicePunkt des LVWA**.

Schreiben Sie uns eine E-Mail.