

Antrag auf Beihilfe für Pflegeleistungen

Dieser Antrag steht auch unter www.berlin.de/landesverwaltungsamt/beihilfe/formulare-merkblaetter/pflege/ zur Verfügung.

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)
E-Mail (Angabe freiwillig)		
Dienst-/ Wohnanschrift		

Landesverwaltungsamt Berlin
Zentraler Beihilfeservice – BS
10702 Berlin

Personalkennzeichen

Antragsdatum

 (TT.MM.JJ)


Summe der geltend gemachten Aufwendungen

 Euro, Cent

Kontoverbindung

Beihilfe bitte überweisen auf	<input type="checkbox"/> das Gehaltskonto	<input type="checkbox"/> das Beihilfekonto	<input type="checkbox"/> das folgende Konto:
IBAN:	D E _____		
BIC:	_____		
Kontoinhaber/in:	_____ <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Ich stelle den Antrag als Bevollmächtigte/r; die Vollmacht <input type="checkbox"/> liegt vor. <input type="checkbox"/> ist beigelegt.	

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/LP ¹⁾ beträgt nach § 2 Abs. 3 Einkommenssteuergesetz laut Einkommensteuerbescheid			
a) im vorletzten Kalenderjahr (20____)	<input type="checkbox"/> bis zu 20.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 20.000 EUR	
b) im letzten Kalenderjahr (20____)	<input type="checkbox"/> bis zu 20.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 20.000 EUR	
c) voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr (20____)	<input type="checkbox"/> bis zu 20.000 EUR	<input type="checkbox"/> 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 _____		
<input type="checkbox"/> durch einen Dienstunfall	} Hinweis: Die Aufwendungen sind grundsätzlich nicht berücksichtigungsfähig. Bitte wenden Sie sich an die zuständige Dienststelle.	
<input type="checkbox"/> durch einen Arbeitsunfall		
<input type="checkbox"/> durch einen Schulunfall	} Für die unfallbedingten Aufwendungen besteht ein Anspruch auf Kostenerstattung (z.B. auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder beamtenrechtlichen Unfallfürsorge): <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> durch einen Kindergartenunfall		
<input type="checkbox"/> durch einen Unfall im privaten Bereich	} Es kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> durch einen Sportunfall		} Der Unfallfragebogen liegt bereits vor: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis		

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 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 _____

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, beigelegt.

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.

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 Beihilfearbeitung führen.

