

# Antrag auf Beihilfe für Pflegeleistungen

Dieser Antrag steht auch unter [www.berlin.de/landesverwaltungsamt/beihilfe/formulare-merkblaetter/pflege/](http://www.berlin.de/landesverwaltungsamt/beihilfe/formulare-merkblaetter/pflege/) zur Verfügung.

## Hinweise:

1. Bitte keine Originale einreichen. Eine Rücksendung der Belege erfolgt nicht. Unterlagen bitte nicht klammern, heften oder kleben.
2. 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.
3. **Für alle anderen Leistungen bitte den „Antrag auf Beihilfe in Krankheits-, Geburts- u. sonstigen Fällen“ verwenden.**
4. 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  
Zentrale Beihilfestelle – VB B  
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 <b>Beihilfekonto</b> 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/LP<sup>1)</sup> beträgt nach § 2 Abs. 3 Einkommenssteuergesetz laut **Einkommensteuerbescheid**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| a) im <b>vorletzten</b> Kalenderjahr (20____)                | <input type="checkbox"/> bis zu 17.000 EUR | <input type="checkbox"/> über 17.000 EUR |
| b) im <b>letzten</b> Kalenderjahr (20____)                   | <input type="checkbox"/> bis zu 17.000 EUR | <input type="checkbox"/> über 17.000 EUR |
| c) voraussichtlich im <b>laufenden</b> Kalenderjahr (20____) | <input type="checkbox"/> bis zu 17.000 EUR | <input type="checkbox"/> über 17.000 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**  Ich beantrage Beihilfe für in der Zusammenstellung aufgeführte Rechnung/en der vollstationären Pflege, für folgende pflegebedürftige Person/en, für die ich keine Beihilfenvorauszahlung (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, 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 Beihilfebearbeitung 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	<b>Art der Pflegeaufwendung</b>  (z.B. Pflegegeld, ambulante Pflege, Heim, Kurzzeit-/Verhinderungspflege, zus. Betreuungsleistungen, Hausnotruf, Pflegeeinsatzberatung, Wohnumfeldverbesserung etc.)	Rechnungsbetrag  <b>EUR, Ct</b>	Kostenerstattung von anderer Seite  <b>EUR, Ct</b>	<b>Unfallbedingte Aufwendungen</b> (s. Frage 3)  Datum des Unfalls
<b>Summe</b>						