

Anlage „Pfleger“

Aufwendungen für dauernde Pflege zum Beihilfeantrag der/des

Name, Vorname

vom

TT.MM.JJJJ

Mit vorgenanntem Beihilfeantrag werden **ausschließlich Pflegeaufwendungen** nach §§ 5 ff. BVO NRW geltend gemacht.

(Bitte stellen Sie für **andere Aufwendungen** als Pflegeaufwendungen einen **gesonderten Antrag**.)

Antrag auf Zahlung eines Abschlags

Ich beantrage ab dem Monat _____ die Zahlung eines monatlichen Abschlags auf die zu erwartenden Kosten:

- der stationären Pflege, des Wohngruppenzuschlags oder
 der ambulanten Pflege durch selbst beschaffte Pflegekräfte (Pflegegeld).

Die **Unterbrechungszeiten im vorangegangenen Abschlagszeitraum** habe ich unter Punkt 2a oder 2b aufgeführt.

1. Angaben zur Pflegeversicherung

Versicherte Person	In der privaten Pflegeversicherung	In der sozialen Pflegeversicherung	
		Mitglied	Familienversichert über
Antragsteller/in (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ehegatte/Ehegattin/ eingetragene/r Lebenspartner/in (E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (A)
Kind 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (E)
Kind 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (E)

2. Angaben zu Pflegeleistungen

Pflegebedürftige Person (Bitte gesonderte Anlage „Pfleger“ je pflegebedürftiger Person ausfüllen.)

Name, Vorname			Pflegegrad				
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Einstufungs- bzw. Bewilligungsbescheid der Pflegeversicherung (nur bei erstmaliger Beantragung von Beihilfe zu Pflegeleistungen oder bei Änderungen erforderlich)			<input type="checkbox"/> liegt bei		<input type="checkbox"/> wird nachgereicht		
			<input type="checkbox"/> liegt vor				
Häusliche Pflege	Stationäre Pflege	Ambulante Wohngruppe	Sonstige Leistungen				
<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Wohngruppenzuschlag	<input type="checkbox"/> Unterstützungs- und Entlastungsleistungen				
<input type="checkbox"/> Pflegeperson	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> Wohnumfeldverbesserung	<input type="checkbox"/> Ersatzpflege/Verhinderungspflege				
<input type="checkbox"/> Kombination	<input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege	<input type="checkbox"/> Anschubfinanzierung	<input type="checkbox"/>				

Rechnungen über **Unterstützungsangebote im Alltag** bitte ich

- nach § 45a SGB XI in Pflegesachleistungen umzuwandeln
 aus dem Budget des Entlastungsbetrages abzurechnen

2a. Bei häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en):	Dauer der Pflege (ggf. je Pflegeperson): _____ Stunden/Woche												
	Dauer der Pflege (Antragszeitraum) Unterbrechung der Pflege wegen <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt der pflegebedürftigen Person <input type="checkbox"/> Stat. Rehabilitationsmaßnahme der pflegebedürftigen Person <input type="checkbox"/> Urlaub der pflegebedürftigen Person <input type="checkbox"/> Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege der pflegebedürftigen Person <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege der pflegebedürftigen Person <input type="checkbox"/> ganztägig (mehr als 8 Stunden/Tag) <input type="checkbox"/> stundenweise (bis zu 8 Stunden/Tag) <input type="checkbox"/> Teilstationärer Pflege der pflegebedürftigen Person	vom _____ bis _____ vom _____ bis _____ vom _____ bis _____ vom _____ bis _____ vom _____ bis _____ vom _____ bis _____ vom _____ bis _____ Anzahl Tage: _____ Anzahl Tage: _____ vom _____ bis _____ Anzahl Tage: _____												
2b. Bei vollstationärer Pflege	Dauer der vollstationären Pflege (Antragszeitraum) Unterbrechung der vollstationären Pflege wegen <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> Stat. Rehabilitationsmaßnahme <input type="checkbox"/> Urlaub Abrechnung / ggf. Neuberechnung der Heimkosten unter Berücksichtigung dieser Abwesenheitszeiten	vom _____ bis _____ vom _____ bis _____ vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht												
	nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen Bei Beantragung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bitte Nachweise über die Bezüge, Renten usw. beifügen. Angaben über die Bezüge des/der Ehegatten/Ehegattin/ eingetragenen Lebenspartners/ Lebenspartnerin sind nur erforderlich, wenn diese/r stationär gepflegt wird.													
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Antragsteller/in</th> <th>Ehegatte/Ehegattin/ eingetragene/r Lebenspartner/in</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto, ohne sonstige variable Bezügebestandteile)</td> <td style="text-align: center;">€</td> <td style="text-align: center;">€</td> </tr> <tr> <td>Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- / Hinterbliebenenversorgung</td> <td style="text-align: center;">€</td> <td style="text-align: center;">€</td> </tr> <tr> <td>Arbeitsentgelt / Lohnersatzleistung</td> <td style="text-align: center;">€</td> <td style="text-align: center;">€</td> </tr> </tbody> </table>		Antragsteller/in	Ehegatte/Ehegattin/ eingetragene/r Lebenspartner/in	Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto, ohne sonstige variable Bezügebestandteile)	€	€	Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- / Hinterbliebenenversorgung	€	€	Arbeitsentgelt / Lohnersatzleistung	€	€
	Antragsteller/in	Ehegatte/Ehegattin/ eingetragene/r Lebenspartner/in												
Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto, ohne sonstige variable Bezügebestandteile)	€	€												
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- / Hinterbliebenenversorgung	€	€												
Arbeitsentgelt / Lohnersatzleistung	€	€												
Leistungszuschlag zum Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten nach § 43c SGB XI (ab 01.01.2022) nur auszufüllen bei Pflegegrad 2 bis 5	Sie erhalten von der Pflegeversicherung einen Leistungszuschlag zu dem Ihnen verbleibenden Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten (Pflege- und Ausbildungskosten). Bitte ergänzen Sie nebenstehende erforderliche Angaben.	Leistungszuschlag ab Datum: _____ Leistungszuschlag in Prozent: _____ % Leistungszuschlag monatlicher Betrag: _____ € Bitte Nachweis der Pflegeversicherung bei erstmaligem Leistungszuschlag und bei Änderungen beifügen! (Der Leistungszuschlag ändert sich mit zunehmender Dauer des Heimaufenthalts oder bei geänderten Pflegekosten.)												
Pflegewohn-geld	Wurde Pflegewohn-geld beantragt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wurde das bezogene Wohn-geld bereits unmittelbar bei den Investitionskosten berücksichtigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bitte Bestätigung des Pflegeheims beifügen!	Bewilligung ab: _____ Monatlicher Betrag: _____ €												