

Anlage „Pflege“

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)	☐	☐	
Ehegatte/Ehegattin/ eingetragene/r Lebenspartner/in (E)	☐	☐	☐ (A)
Kind 1	☐	☐	☐ (A) ☐ (E)
Kind 2	☐	☐	☐ (A) ☐ (E)

2. Angaben zu Pflegeleistungen

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

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

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 ☐ Krankenhausaufenthalt der pflegebedürftigen Person ☐ Stat. Rehabilitationsmaßnahme der pflegebedürftigen Person ☐ Urlaub der pflegebedürftigen Person ☐ Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson ☐ Kurzzeitpflege der pflegebedürftigen Person ☐ Verhinderungspflege der pflegebedürftigen Person ☐ ganztägig (mehr als 8 Stunden/Tag) ☐ stundenweise (bis zu 8 Stunden/Tag) ☐ Teilstationärer Pflege der pflegebedürftigen Person		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 ☐ Krankenhausaufenthalt ☐ Stat. Rehabilitationsmaßnahme ☐ Urlaub Abrechnung / ggf. Neuberechnung der Heimkosten unter Berücksichtigung dieser Abwesenheitszeiten		vom _____ bis _____ vom _____ bis _____ vom _____ bis _____ ☐ liegt bei ☐ 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" data-bbox="323 1153 1481 1496"> <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>€</td> <td>€</td> </tr> <tr> <td>Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- / Hinterbliebenenversorgung</td> <td>€</td> <td>€</td> </tr> <tr> <td>Arbeitsentgelt / Lohnersatzleistung</td> <td>€</td> <td>€</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? ☐ Ja ☐ Nein Wurde das bezogene Wohngeld bereits unmittelbar bei den Investitionskosten berücksichtigt? ☐ Ja ☐ Nein Bitte Bestätigung des Pflegeheims beifügen!		Bewilligung ab: _____ Monatlicher Betrag: _____ €													