

Beihilfenummer: \_\_\_\_\_-bitte immer angeben-

## Antrag auf Zahlung eines Zuschusses zu den Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung während der Pflegezeit

Zutreffendes bitte ankreuzen ☐  
oder ausfüllen

Zentrale Scanstelle

Beihilfe

32746 Detmold

### 1. Person in Pflegezeit

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort		Telefon:
Dauer der Pflegezeit:	vom:	bis:
<b>Bitte Nachweis über Arbeitsfreistellung des Arbeitgebers beifügen!</b>		

### 2. Beihilfeberechtigte oder Beihilfeberechtigte

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort		Telefon:

### 3. Pflegebedürftige Person

<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigte oder Beihilfeberechtigter:	<input type="checkbox"/> Ehegatte oder eingetragene Lebenspartnerin oder eingetragener Lebenspartner:	<input type="checkbox"/> Kind Vorname:
---	---	--

### 4. Beitrag während der Pflegezeit

Name der Krankenkasse oder des Versicherungsunternehmens:		
Monatsbeitrag der Krankenversicherung in Euro	Monatsbeitrag der Pflegeversicherung in Euro	Familienversicherung möglich  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestätigung der Krankenkasse und Pflegeversicherung beziehungsweise der Krankenkasse und der Pflegekasse		
<b>Leistungsmitteilung der Pflegekasse oder des privaten Versicherungsunternehmers bitte beifügen!</b>		

### 5. Bankverbindung

Kreditinstitut:	Kontonummer:	Bankleitzahl:
-----------------	--------------	---------------

## **6. Erklärung**

Mir ist bekannt, dass ich Änderungen unverzüglich anzuzeigen habe und die Zuschüsse ganz oder anteilig zurückzuzahlen sind, falls sie die Höhe der gezahlten Beiträge übersteigen.

---

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin oder des  
Antragstellers