

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:
Bitte Nachweis über Arbeitsfreistellung des Arbeitgebers beifügen!		

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		
Leistungsmittelung der Pflegekasse oder des privaten Versicherungsunternehmers bitte beifügen!		

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