

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 _____ 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: _____ € | | | | | | | | | | | | |