

Antrag auf Gewährung einer Beihilfe zu Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

P

Bei erstmaliger Antragstellung mit diesem Vordruck:
Bitte alle Fragen beantworten

An
Stadtverwaltung Menden
Postfach 2852

Bei wiederholter Antragstellung:
Haben sich Änderungen bei den Fragen 3-5 gegenüber den Angaben im
letzten Antrag auf Beihilfe ergeben?

58688 Menden (Sauerland)

nein
(nur Nr. 1,2 und 6 ausfüllen)

ja
(Nr. 1 - 6 vollständig ausfüllen)

1	Name, Vorname, Besoldungsgruppe						Geburtsdatum		
	Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort						Telefon tagsüber		
	Dienststelle								
	Beurlaubung ohne Dienstbezüge in den letzten 24 Monaten?				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grund		vom: bis:		
Familienstand:		verheiratet seit:	geschieden seit:	verwitwet/ hinterblieben seit:		getrennt lebend seit:		Eingetragene Lebenspartnerschaft seit ¹⁾	
<input type="checkbox"/> ledig								<input type="checkbox"/> Aufgehoben seit:	
Vorname des Ehegatten/Lebenspartners, ggf. abweichender Familienname ²⁾						Geburtsdatum ²⁾			
2	Es ist ein Abschlag gewährt worden			durch Bescheid vom		in Höhe von			
3	Geldinstitut			IBAN		BIC			
4	Kinder ³⁾								
	Name, Vorname	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ	Kinderbezogener Anteil im Familienzuschlag steht mir zu		Anderem Elternteil steht der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zu		Von TT.MM.JJJJ	Bis TT.MM.JJJJ	Angaben zur Berufstätigkeit usw.
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
5	Krankenversicherungsschutz: Bei Erstantrag bitte vollständig ausfüllen, auch wenn für einzelne der nachstehenden Personen keine Beihilfe beantragt wird. Versicherungsschein oder -bescheinigung beifügen!								
	Private Krankenversicherung:			Gesetzliche Krankenversicherung:					
	Name:			Name:					
Versicherte Person	Normaltarif	Basistarif	Zusätzliche Auslandsversicherung	Kosten-erstattung	freiwillig	pflicht-versichert	familien-versichert über	als Rentner	seit
Antragsteller/in - A -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	
Ehegatte/eingetr. Lebenspartner - E -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/>	
Kind 1 - K1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
Kind 2 - K2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
Kind 3 - K3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
Kind 4 - K4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	

¹⁾ Bei erstmaliger Antragstellung beglaubigte Kopie der Lebenspartnerschaftsurkunde beifügen
²⁾ Nur ausfüllen, wenn für den Ehegatten/Lebenspartner Aufwendungen geltend gemacht werden, oder wenn zwei oder mehr Kinder zu berücksichtigen sind und der Ehegatte/Lebenspartner ebenfalls beihilfeberechtigt ist.
³⁾ Als berücksichtigungsfähig gelten Kinder über 18 Jahre bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, solange sie für einen Beruf ausgebildet werden. Über das 25. Lebensjahr hinaus sind Kinder berücksichtigungsfähig, wenn Sie in Schul- oder Berufsausbildung bzw. Studium sich befinden und den gesetzlichen Grundwehr- oder Zivildienst geleistet haben, sich anstelle des gesetzlichen Grundwehrdienstes freiwillig für nicht mehr als drei Jahre zum Wehrdienst verpflichtet haben oder eine vom gesetzlichen Grundwehr- oder Zivildienst befreiende Tätigkeit als Entwicklungshelfer ausgeübt und sie diesen oder die Tätigkeit vor dem 1. Juli 2011 angetreten haben. Die Berücksichtigung erfolgt längstens für die Dauer des gesetzlichen Grundwehr- oder Zivildienstes. Eine Berücksichtigung kommt jedoch nicht in Betracht, wenn ein Kind den in Folge der Aussetzung der allgemeinen Wehrpflicht eingeführten freiwilligen Wehrdienst abgeleistet hat.

6 a Nur auszufüllen bei vorrangigen Ansprüchen	Bestehen Ansprüche zu den geltend gemachten Aufwendungen aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften (z.B. gesetzliche Unfallversicherung, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz) oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Angabe der Rechtsvorschrift, der Art und der Höhe der Leistung bzw. der zustehenden Leistung bitte auf besonderem Blatt																		
b von antragstellenden Personen, die für den Ehegatten / Lebenspartner und für Kinder eine Beihilfe beantragen	Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) Ihres Ehegatten/Lebenspartners im Kalenderjahr vor der Antragsstellung 21.995 Euro überstiegen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> noch nicht bekannt Dieser Betrag wird regelmäßig, erstmals ab 2022, im gleichen Verhältnis, wie sich der Rentenwert West erhöht, angepasst und auf volle Euro aufgerundet. Den Einkünften hinzugerechnet werden die Differenz zwischen Besteuerungs- und Ertragsanteil der Rente, bei erstmaligem Rentenbezug ab 01.01.2022 und ausländische Einkünfte (§ 22 Nr. 1 Satz 3 Buchstabe a bzw. § 34d EStG). Sind oder waren Ehegatte/Lebenspartner oder berücksichtigungsfähige Kinder in den letzten 24 Monaten berufstätig, Empfänger von beamtenrechtlichen Versorgungsbezügen, von Arbeitslosengeld I oder II, von Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch oder von Elterngeld? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <table border="1" data-bbox="296 448 1469 555"> <tr> <th>Name dieser Person</th> <th>Zeitraum der Berufstätigkeit bzw. Zahlung dieser Bezüge</th> <th>Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. Angabe der Art der Bezüge</th> <th>Falls selbst beihilfeberechtigt, bitte ankreuzen</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			Name dieser Person	Zeitraum der Berufstätigkeit bzw. Zahlung dieser Bezüge	Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. Angabe der Art der Bezüge	Falls selbst beihilfeberechtigt, bitte ankreuzen				<input type="checkbox"/>								
Name dieser Person	Zeitraum der Berufstätigkeit bzw. Zahlung dieser Bezüge	Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. Angabe der Art der Bezüge	Falls selbst beihilfeberechtigt, bitte ankreuzen																
			<input type="checkbox"/>																
c wenn die antragstellende Person oder ein Angehöriger Rentenempfänger ist	<table border="1" data-bbox="296 560 1469 739"> <tr> <th>Person</th> <th colspan="2">Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993?</th> </tr> <tr> <td>Antragsteller</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td>Ehegatte/Lebenspartner</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td>Kind</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> </table>			Person	Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993?		Antragsteller	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Ehegatte/Lebenspartner	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Kind	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja				
Person	Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993?																		
Antragsteller	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																	
Ehegatte/Lebenspartner	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																	
Kind	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																	
7 a bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen	Angaben zu Pflegeleistungen Pflegebedürftige Person (Familienname, 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"/> liegt vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <table border="1" data-bbox="296 907 1469 1064"> <tr> <th>Häusliche Pflege</th> <th>Stationäre Pflege</th> <th>Ambulant betreute Wohngruppe</th> <th>Sonstige Leistungen</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pflegedienst</td> <td><input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege</td> <td><input type="checkbox"/> Wohngruppenzuschlag</td> <td><input type="checkbox"/> zusätzliche Betreuungsleistungen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pflegeperson</td> <td><input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege</td> <td><input type="checkbox"/> Wohnumfeldverbesserung</td> <td><input type="checkbox"/> Ersatzpflege/Verhinderungspflege</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kombination</td> <td><input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege</td> <td><input type="checkbox"/> Anschubfinanzierung</td> <td> </td> </tr> </table> Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der Pflegeperson (nur bei erstmaliger Beantragung von Beihilfe zu Pflegeleistungen oder bei Änderungen erforderlich) <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht			Häusliche Pflege	Stationäre Pflege	Ambulant betreute Wohngruppe	Sonstige Leistungen	<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Wohngruppenzuschlag	<input type="checkbox"/> zusätzliche Betreuungsleistungen	<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	
Häusliche Pflege	Stationäre Pflege	Ambulant betreute Wohngruppe	Sonstige Leistungen																
<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Wohngruppenzuschlag	<input type="checkbox"/> zusätzliche Betreuungsleistungen																
<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																	
b bei häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen (nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen)	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en): _____ Dauer der Pflege (ggf. je Pflegeperson) _____ Stunden/Woche _____ Stunden/Woche Unterbrechung der Pflege wegen <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt der pflegebedürftigen Person vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Stat. Rehabilitationsmaßnahme der pflegebedürftigen Person vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Urlaub der pflegebedürftigen Person vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson vom _____ bis _____																		
c bei vollstationärer Pflege (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 Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners sind nur erforderlich, wenn dieser stationär gepflegt wird.) <table border="1" data-bbox="296 1579 1469 1780"> <tr> <th></th> <th>Antragsteller</th> <th>Ehegatte/eingetragener Lebenspartner</th> </tr> <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> </table>				Antragsteller	Ehegatte/eingetragener Lebenspartner	Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto, ohne sonstige variable Bezügebestandteile)	€ _____	€ _____	Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters-/Hinterbliebenenversorgung	€ _____	€ _____	Arbeitsentgelt / Lohnersatzleistung	€ _____	€ _____				
	Antragsteller	Ehegatte/eingetragener Lebenspartner																	
Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto, ohne sonstige variable Bezügebestandteile)	€ _____	€ _____																	
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters-/Hinterbliebenenversorgung	€ _____	€ _____																	
Arbeitsentgelt / Lohnersatzleistung	€ _____	€ _____																	
d bei stationärer Pflege	Wurde Pflegewohngeld beantragt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wurde das bezogene Wohngeld bereits unmittelbar bei den Investitionskosten berücksichtigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bitte Bestätigung des Pflegeheims beifügen! Bewilligung ab: _____ Monatl. Betrag: _____																		

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Kosten sowie den nachträglichen Wegfall von Kindergeld bzw. der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Die Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung erhoben (§§ 3, 5 ff und 12 BVO).

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person

