

ANTRAG AUF ZAHLUNG EINER **PFLEGEBEIHILFE**

P

Beihilfe-Nr.							

**Kommunale Versorgungskassen
Westfalen-Lippe
kvw-Beihilfekasse
Postfach 8209
48044 Münster**

Antragsteller/in Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer dienstlich/privat (freiwillige Angabe)

E-Mailadresse (freiwillige Angabe)

Bitte keine Originalbelege beifügen und die Kopien nicht klammern oder heften

Bitte verwenden Sie den Pflegeantrag ausschließlich, wenn Sie pflegebedürftige Aufwendungen geltend machen wollen.

Änderungen insbesondere der nachstehenden Sachverhalte

- Bankverbindung
- Beitragszuschüsse – Rentenbezug (auch [Halb-]Waisenrente)
- Einkünfte des Ehegatten
- Familienstand, Familienzuschlag
- Anschrift
- Unfällen oder Verletzungen
- Ausbildungs-, Beschäftigungs- und Versicherungsverhältnis
- Beurlaubungen

teilen Sie uns bitte einschließlich **Nachweis(en)** formlos als Anlage zu diesem Antrag mit.

1 Abschlag*

Ich beantrage Abschlagszahlungen für	<input type="checkbox"/> Häusliche Pflege (Pflegegeld)	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege
--------------------------------------	--	--

2 Festsetzung einer Beihilfe*

Ich beantrage eine Beihilfe für	<input type="checkbox"/> Häusliche Pflege (Pflegegeld)	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege
---------------------------------	--	--

* Für die Pflegearten Häusliche Pflege (Pflegegeld) und Vollstationäre Pflege können Sie Abschläge für sechs Monate auf die zu erwartende Beihilfe beantragen. Weitere Informationen erhalten Sie auf www.kvw-muenster.de oder telefonisch bei Ihrer/m Ansprechpartner/in.

Nach sechs Monaten ist es erforderlich, Leistungen auf welche Abschläge gewährt wurden, mit einem Antrag auf Zahlung einer Pflegebeihilfe festzusetzen. Dazu kreuzen Sie bitte „Festsetzung“ an und legen bei Vollstationärer Pflege die Rechnungen bei.

Es ist möglich, mit einem Antrag auf Festsetzung gleichzeitig weitere Abschläge für die Zukunft zu beantragen. In diesem Fall kreuzen Sie bitte zusätzlich unter „Abschlag“ die entsprechende Pflegeleistung an.

3 Angaben zur Pflegeversicherung

(Bitte für jede pflegebedürftige Person jeweils einen Antrag ausfüllen)

Name, Vorname (pflegebedürftige Person)			Pflegegrad				
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung (nur bei erstmaliger Beantragung von Beihilfe zu Pflegeleistungen oder 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"/> Unterstützungs- / 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					
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		
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)		vom		bis		
	Unterbrechung der Pflege wegen						
	<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt		vom		bis		
	<input type="checkbox"/> Stat. Rehabilitationsmaßnahme		vom		bis		
<input type="checkbox"/> Urlaub der pflegebedürftigen Person		vom		bis			
<input type="checkbox"/> Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson		vom		bis			
bei vollstationärer Pflege (nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen) Bitte Nachweise beifügen	Bei Beantragung von Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten bitte Nachweise über die Bezüge, Renten usw. beifügen (Angaben über die Bezüge des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners sind nur erforderlich, wenn dieser stationär gepflegt wird.)						
		Antragsteller	Ehegatte/eingetragener Lebenspartner				
	Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto, ohne kinderbezogene Teile im Familienzuschlag)	€	€				
	Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- und Hinterbliebenenversorgung	€	€				
	Arbeitsentgelt und Lohnersatzleistungen	€	€				

Erklärung:

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

Mit diesem Beihilfeantrag werden keine Aufwendungen für Untersuchungen, Beratungen und Verrichtungen sowie Begutachtungen geltend gemacht, die von Ehegatten / eingetragenen Lebenspartnern, Eltern oder Kindern der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch von Enkelkindern, Geschwistern, Großeltern, Verschwägerten ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person durchgeführt worden sind.

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

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

Datum, Unterschrift

Gesamtbetrag
der Aufwendungen

Anzahl der Belege
bitte nach A / E / K* sortieren
und jeden Beleg oben rechts
kennzeichnen

€