

ANTRAG AUF ZAHLUNG EINER **PFLEGEBEIHILFE**

P

Beihilfe-Nummer							

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

Antragsteller/in Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer dienstlich/privat (*freiwillige Angabe*)

E-Mailadresse dienstlich/privat (*freiwillige Angabe*)

**Bitte keine Originalbelege beifügen und die
Kopien nicht klammern oder heften**

Bitte verwenden Sie den **Antrag auf Zahlung einer Pflegebeihilfe** immer dann, wenn

- Sie pflegebedingte Aufwendungen geltend machen wollen
- Sie am Abschlagsverfahren teilnehmen wollen
- Änderungen in der Pflegebedürftigkeit oder beim Einkommen eingetreten sind (Pflegegrad/Pflegeart)
- Unterbrechungszeiten in der häuslichen Pflege vorlagen

Bitte beachten: Verwenden Sie das ausführliche Antragsformular **Antrag auf Zahlung einer Beihilfe**, wenn sich bei Ihnen oder bei Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen gegenüber dem letzten Antrag Änderungen **außerhalb der Pflege** ergeben haben.

Möchten Sie am Abschlagsverfahren teilnehmen?

Nein

Ja **Bitte ausfüllen:**

Ich beantrage die Zahlung eines 6-monatigen Abschlags auf die zu erwartende Beihilfe im Bereich der

ambulanten Pflege durch selbst beschaffte Pflegekräfte (Pflegegeld)

vollstationären Pflege

Abschlagsverfahren:

Für sechs Monate können auf die zu erwartende Beihilfe im Rahmen der ambulanten Pflege durch selbst beschaffte Pflegekräfte (Pflegegeld) und der vollstationären Pflege monatliche Abschläge gezahlt werden. Die Auszahlung des Abschlags erfolgt zu Beginn des Monats.

Nach Zahlung des letzten Abschlags ist es erforderlich, Leistungen auf welche Abschläge gezahlt wurden, mit dem **Antrag auf Zahlung einer Pflegebeihilfe** festzusetzen. Bitte legen Sie bei einer vollstationären Pflege die Rechnungen der Pflegeeinrichtung bei. Weitere Abschläge können zeitgleich beantragt werden.

Weitere Informationen erhalten Sie auf www.kvw-muenster.de oder telefonisch bei Ihrer/m Ansprechpartner/in.

Hinweise zum Datenschutz:

Zur Erfüllung der den kvw übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet. Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten entnehmen Sie bitte der folgenden Internetseite unter <https://www.kvw-muenster.de/datenschutz-hinweise>.

Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gerne per Post zu.

Folgende Angaben sind nur bei erstmaliger Antragsstellung von Beihilfen zu Pflegeleistungen oder bei Änderung erforderlich:

Pflegebedürftige Person (Bitte für jede pflegebedürftige Person jeweils einen Antrag ausfüllen)			Nachweise der Pflegeversicherung bitte beifügen	
Name, Vorname			Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Häusliche Pflege	Stationäre Pflege	Ambulant betreute Wohngruppe	Sonstige Leistungen	
<input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Pflegeperson <input type="checkbox"/> Kombination	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege	<input type="checkbox"/> Wohngruppenzuschlag <input type="checkbox"/> Wohnumfeldverbesserung <input type="checkbox"/> Anschubfinanzierung	<input type="checkbox"/> Unterstützungs- / Entlastungsleistungen <input type="checkbox"/> Ersatzpflege/Verhinderungspflege	
Werden von der Pflegeversicherung für die Pflegeperson Beiträge an die Rententräger abgeführt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
			Nachweise der Pflegeversicherung bitte beifügen	

Weitere Angaben:

Häusliche Pflege – Angabe von Unterbrechungszeiten	
Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en):	Zeitraum
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

Vollstationäre Pflege – Angaben zum Einkommen	Einkommensnachweise bitte 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, Schwägerten 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 NRW).

Datum, Unterschrift

**Gesamtbetrag
der Aufwendungen**

Anzahl der Belege

(freiwillige Angabe)

(freiwillige Angabe)