

Antrag auf Gewährung einer Beihilfe zu Aufwendungen für dauernde Pflege

P

gültig ab 01.03.2002

Bitte in Druck- oder Maschinenschrift ausfüllen und bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen

Landrat für den Kreis Düren
-Amt für zentrale Verwaltungsaufgaben/
Beihilfestelle-

52348 Düren

Bei erstmaliger Antragstellung mit diesem Vordruck:

Bitte alle Fragen beantworten

Bei wiederholter Antragstellung:

Haben sich Änderungen bei den Fragen 3 – 5 gegenüber den Angaben im letzten Antrag auf Beihilfe ergeben?

nein (nur Nr. 1, 2 u. 6 ausfüllen) ja (Nr. 1 bis 6 vollständig ausfüllen)

		Pers.-Nr.						
1	Name	Vorname	Besoldungs-/ Vergütungsgruppe					
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort		Geburtsdatum						
		Telefon privat						
		Telefon dienstlich						
Dienststelle/Schule		Nur Arbeitnehmer (= Angestellte und Arbeiter): Beurteilung des jetzigen Arbeitsverhältnisses vor dem 01.01.1992 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
Vollbeschäftigung:	<input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Sabbatjahr <input type="checkbox"/> Altersteilzeit Blockmodell	Beurlaubung ohne Dienstbezüge in den letzten 24 Monaten:						
<input type="checkbox"/> ja	Wochenstundenzahl: _____ bei Lehrern: Pflichtstundenzahl _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Grund: <input type="checkbox"/> § 85a LBG <input type="checkbox"/> § 78e LBG <input type="checkbox"/> _____ vom _____ bis _____						
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	verheiratet seit _____	geschieden seit _____					
		verwitwet seit _____	getrennt lebend seit _____					
Vorname der Ehegattin/des Ehegatten, ggf. abweichender Familienname		Geburtsdatum						
2	Es ist ein Abschlag gewährt worden	durch Bescheid vom _____	in Höhe von _____					
3	Ich bitte, die Beihilfe zu überweisen auf das Konto Nr. _____	Bankleitzahl _____	bei (Bank, Sparkasse, Postgiroamt) _____					
4	Kinder (Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder - § 2 Abs. 2 BVO - angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen geltend gemacht werden) Name, Vorname	Geburtsdatum	Steht Ihnen oder Ihrem Ehegatten für das Kind Kindergeld zu? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
			Falls nein: Ist das Kind im Familienzuschlag berücksichtigt oder berücksichtigungsfähig? ¹⁾ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
			Anspruchszeitraum ^{1,2)} (vom/bis)					
			Hat eine andere Person für das Kind Anspruch auf Beihilfe? Falls ja: Bitte die Originalbelege beifügen					
1			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
2			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
3			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
4			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
5	Antragstellende Person, Ehegattin/Ehegatte und Kinder sind wie folgt gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert:							
Personen (Reihenfolge der Kinder wie unter Nr. 4)	Nicht versichert	Privat versichert bei ³⁾	In der sozialen Pflegeversicherung			Zuschuss eines Arbeitgebers zum Pflegeversicherungsbeitrag nach § 61 SGB XI wurde gezahlt ⁴⁾		
			pflichtversichert bei	weiter-versichert bei	familien-versichert über	für die Zeit vom - bis	Zuschuss im Antragsmonat €	Pflegeversicherungsbeitrag im Antragsmonat €
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Antragstellende Person (A)					<input type="checkbox"/> E			
Ehegattin/Ehegatte					<input type="checkbox"/> A			
Kind 1 (K1)					<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E			
Kind 2 (K2)					<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E			
Kind 3 (K3)					<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E			
Kind 4 (K4)					<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E			

1) Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis 27. Lebensjahr ggf. zuzügl. Zeit des Wehr- oder Zivildienstes) oder arbeitslos sind (bis 21. Lebensjahr) und der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen und bei denen nur wegen der Höhe ihrer eigenen Einkünfte der Anspruch auf das Kindergeld und den kingerbezogenen Anteil im Familienzuschlag entfallen ist.
 2) Nur ausfüllen, wenn der Anspruch auf Kindergeld oder Berücksichtigung im Familienzuschlag im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen nicht bestand.
 3) Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung des Versicherungsschutzes (nicht Beitragsänderung) bitte Nachweis (Versicherungsschein oder -bescheinigung) beifügen.
 4) Bei Landesbediensteten die Bescheinigung des Landesamtes für Besoldung und Versorgung NRW beifügen; in diesen Fällen entfallen die Angaben in Spalten 7 und 8.

6 a Nur ausfüllen					
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 die Ehegattin/den Ehegatten und/oder für Kinder eine Beihilfe beantragen		Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000,00 € überstiegen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> noch nicht bekannt			
Die Berufstätigkeit der Ehegattin/des Ehegatten und der Kinder ist in <u>jedem Fall</u> anzuzeigen!		Sind oder waren Ehegattin/Ehegatte oder berücksichtigungsfähige Kinder in den letzten 24 Monaten berufstätig, Empfängerin/Empfänger von beamtenrechtlichen Versorgungsbezügen, von Arbeitslosengeld oder -hilfe, von Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch oder von Erziehungsgeld? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
		Ist Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte im öffentlichen Dienst oder in einer vergleichbaren Einrichtung beschäftigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
		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"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
c wenn die antragstellende Person oder eine Angehörige/ein Angehöriger Rentenempfängerin/Rentenempfänger ist		Person	Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993	Falls nein: Beteiligt sich der Rentenversicherungsträger am Krankenversicherungsbeitrag oder am Pflegeversicherungsbeitrag?	Falls ja: Höhe des zustehenden Anteils im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen
		Antragsteller/Antragstellerin	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€
		Ehegattin/Ehegatte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€
		Kind	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€
d bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen		Pflegebedürftige Person:			
		Seitens der Pflegeversicherung wurde folgende Pflegestufe festgestellt: Die Pflege soll erbracht werden durch: <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Pflegeperson <input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflegeheim <input type="checkbox"/> Kombination: <input type="checkbox"/> stationäre Pflege Bitte Mitteilung der Pflegeversicherung beifügen!			
				Notwendige Dauer der Pflege: _____ Stunden/Woche	
e bei häuslicher Pflege durch 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	
		Bitte Mitteilungen der Pflegeversicherung über die Meldungen zur Rentenversicherung der Pflegeperson beifügen (ggf. nachreichen)!			
		Unterbrechung der Pflege wegen <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> Sanatoriums-/Kuraufenthalt <input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> Urlaub der Pflegeperson		vom _____ bis _____ vom _____ bis _____ vom _____ bis _____ vom _____ bis _____	

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 Beihilfenfestsetzung erhoben (§§ 3, 5 und 12 BVO).

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person

Von der Festsetzungsstelle auszufüllen: Originalbelege lagen vor ja

nein