

Absender

Postbeamtenkrankenkasse
70467 Stuttgart

Versicherungsnummer

Versicherungsnehmer/in (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Antrag auf Beihilfezuschuss bei vollstationärer Pflege nach § 39 Abs. 2 und 3 BBhV

Ich beantrage die Aufwendungen für Pflegeleistungen, die über die monatliche Pflegepauschale hinausgehen, sowie Aufwendungen für Verpflegung, Unterkunft und Investitionskosten als beihilfefähig anzuerkennen, soweit diese nach Einsatz meines/unseres Einkommens unter Berücksichtigung meines/unseres individuellen Mindestbehaltes verbleiben.

Angaben zur beihilfeberechtigten Person

Ich bin ledig.	Ja
Ich bin verheiratet beziehungsweise lebe in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft.	Ja, seit
Ich bin geschieden.	Ja, seit
Ich bin verwitwet.	Ja, seit

Ich wohne in einem Alters- oder Pflegeheim.	Ja
Ich plane einen Umzug in ein Alters- oder Pflegeheim.	Ja, geplant ab

Angaben zu meinem Ehe- oder Lebenspartner

Bitte ausfüllen, wenn zutreffend.

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Mein Ehe-/Lebenspartner wohnt in einem Alters- oder Pflegeheim.	Ja Pflegegrad
---	------------------

Mein Ehe-/Lebenspartner plant einen Umzug in ein Alters- oder Pflegeheim.	Ja, geplant ab
---	----------------

Mein Ehe-/Lebenspartner ist selbst
beihilfeberechtigt.

Ja

Bitte Nachweis in Kopie beifügen.

Beihilfeträger/
Dienstherr

Mein Ehe-/Lebenspartner hat bei dauerhafter voll-
stationärer Pflege Anspruch auf Leistungen aus
einer sozialen oder privaten Pflegeversicherung
beziehungsweise auf Beihilfeleistungen.

Name der
Pflegeversicherung

Falls zutreffend bitte Nachweis in Kopie beifügen.

Einkommen aus dem Vorkalenderjahr

Im Vorkalenderjahr habe ich beziehungsweise mein Ehe-/ Lebenspartner folgende Einkommen bezogen:

Bitte geben Sie alle Ihre Einkommen und die von Ihrem Ehe-/ Lebenspartner an.

Dienst- / Versorgungsbezüge

Bezügemitteilung Dezember des Vorkalenderjahres
beilegen

Beihilfeberechtigte Person

Ehe-/Lebenspartner

Rente aus der gesetzlichen Renten-
versicherung

Rentenbescheide / Rentenanpassungen für das
Vorkalenderjahr beilegen.

Beihilfeberechtigte Person

Ehe-/Lebenspartner

Rente aus einer zusätzlichen Alters- und/
oder Hinterbliebenenversorgung

Rentenbescheide für das Vorkalenderjahr beilegen.

Beihilfeberechtigte Person

Ehe-/Lebenspartner

Sonstige Einkünfte

Beihilfeberechtigte Person

Sonstige Einkünfte gemäß § 2

Einkommenssteuergesetz (zum Beispiel
Einkünfte aus (nicht) selbständiger Arbeit,
Miete, Pacht, Kapitalerträge)

Einkommenssteuerbescheid des Vorkalenderjahres
beilegen.

Ehe-/Lebenspartner

Im Vorkalenderjahr wurden keine
Einkünfte bezogen.

Steuerbescheid des Vorkalenderjahres und Nach-
weis über das Einkommen im aktuellen Kalenderjahr
beifügen.

Beihilfeberechtigte Person

Ehe-/Lebenspartner

Das Einkommen ist im aktuellen Kalender-
jahr voraussichtlich wesentlich geringer
als im Vorjahr.

Bitte Nachweis über das Einkommen im aktuellen
Kalenderjahr beilegen.

Beihilfeberechtigte Person

Ehe-/Lebenspartner

Angaben zu meinen Kindern

Bitte ausfüllen, wenn zutreffend.

Ich habe Kinder, die im Familienzuschlag nach dem
Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigt werden.

Ja

Name	Vorname	Geburtsdatum	Kind lebt in einem Pflegeheim
			Falls ja, seit:
			Falls ja, seit:
			Falls ja, seit:
			Falls ja, seit:

Hinweis

Die Unterlagen, aus denen die Angaben über das Einkommen ersichtlich sind, verbleiben bei uns. Bitte fügen Sie diese daher in Kopie bei. Kontoauszüge gelten nicht als Nachweise.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben. Mir ist bekannt, dass sie Grundlage für die Gewährung der Beihilfe sind. Änderungen hinsichtlich meiner Familien- oder Einkommensverhältnisse werde ich unverzüglich mitteilen. Die Einnahmen werde ich einmal jährlich spätestens nach Erhalt der Bezüge- mitteilung für Dezember unaufgefordert nachweisen.

Ort, Datum

Unterschrift beihilfeberechtigte Person bzw.
Bevollmächtigte/r

Anlage(n)
