

## Antrag auf Zahlung einer Pflegebeihilfe



Antragsteller/in Name, Vorname

Beihilfenummer

Geburtsdatum

Westfälische Wilhelms-Universität  
Dezernat 3.22 - Beihilfestelle  
Schlossplatz 2  
48149 Münster

Dienststelle

E-Mailadresse dienstlich

E-Mailadresse privat (freiwillige Angabe)

Telefonnummer dienstlich

Telefonnummer privat (freiwillige Angabe)

Bitte verwenden Sie den Kurzantrag nur dann, wenn sich bei Ihnen oder bei Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen gegenüber dem letzten Antrag keinerlei Änderungen ergeben haben.

**Bitte füllen Sie den Pflegeantrag (Rückseite) vollständig aus.**

Bei Änderungen der nachstehenden Sachverhalte

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

verwenden Sie bitte das ausführliche Antragsformular ("Antrag auf Zahlung einer Beihilfe").

### Erklärung:

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe 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 mit meinem Einverständnis nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung erhoben (§§ 3 und 12 BVO). Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Bruttobezüge des vorangegangenen Kalenderjahres gem. § 15 BVO zur Ermittlung der Belastungsgrenze für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags verweigern und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Mit der entsprechenden Verarbeitung meiner Bruttobezüge für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags bin ich nicht einverstanden. (ggf. bitte ankreuzen)

Datum, Unterschrift

Gesamtbetrag der  
Aufwendungen ca.

€

Anzahl der Belege

## 1 Angaben zur Pflegeversicherung

| Versicherte Person              | In der <b>privaten</b><br>Pflegeversicherung | In der <b>sozialen</b> Pflegeversicherung |                         |
|---------------------------------|--|---|-------------------------|
|                                 |  | Mitglied                                  | Familienversichert über |
| Antragsteller A                 |  |   | A                       |
| Ehegatte/ eing. Lebenspartner E |  |   | A E                     |
| Kind 1                          |  |   | A E                     |
| Kind 2                          |  |   | A E                     |

## 2 Angaben zu Pflegeleistungen

| Name, Vorname der pflegebedürftigen Person                    | Pflegestufe |   |   |                   |           |
|---|-------------|---|---|-------------------|-----------|
|   | 0           | 1 | 2 | 3                 | Härtefall |
| Einstufungs- bzw. Bewilligungsbescheid der Pflegeversicherung | liegt bei   |   |   | wird nachgereicht |           |
|   | liegt vor   |   |   |                   |           |

| Häusliche Pflege | Stationäre Pflege     | Ambulant betreute Wohngruppe | Sonstige Leistungen           |
|------------------|-----------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Pflegedienst     | Vollstationäre Pflege | Wohngruppenzuschlag          | zusätzl. Betreuungsleistungen |
| Pflegeperson     | Kurzzeitpflege        | Wohnumfeldverbesserung       | Ersatz-/Verhinderungspflege   |
| Kombination      | Tages-/Nachtpflege    | Anschubfinanzierung          |                               |

| Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der Pflegeperson | liegt bei | wird nachgereicht |
|--|-----------|-------------------|
|  | liegt vor |                   |

|   |   |  |     |
|---|---|--|-----|
| Bei <b>häuslicher Pflege</b> durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen | Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson/en: | Dauer der Pflege (ggf. je Pflegeperson): |     |
|   |   | Stunden/ Woche                           |     |
|   | Dauer der Pflege (Antragszeitraum)                          | von                                      | bis |
|   | Unterbrechung der Pflege wegen                              |  |     |
|   | Krankenhausaufenthalt                                       | von                                      | bis |
|   | Stat. Rehabilitationsmaßnahmen                              | von                                      | bis |
|   | Urlaub der pflegebedürftigen Person                         | von                                      | bis |
|   | Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson                     | von                                      | bis |

|                                   |   |   |                               |
|-----------------------------------|---|---|-------------------------------|
| Bei <b>vollstationärer Pflege</b> | Einkommensnachweis bei Beantragung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung. Bitte Nachweise über die Bezüge/ Renten usw. beifügen ! |   |                               |
|                                   | Antragsteller   |   | Ehegatte/ eing. Lebenspartner |
|                                   | Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto, ohne kinderbezogene Anteile im Familienzuschlag)   | € | €                             |
|                                   | Renten aus der gesetzl. Rentenversicherung und aus einer Alters-/ Hinterbliebenenversorgung   | € | €                             |
|                                   | Arbeitsentgelt/ Lohnersatzleistung  | € | €                             |

## 3 Antrag auf Zahlung eines Abschlags

zu den erwarteten Kosten der ambulanten Pflege durch selbstbeschaffte Pflegekräfte (Pflegepauschale)

Monat 01 - 06 des Jahres

Monat 07 - 12 des Jahres

Abrechnung des bereits gezahlten Abschlags