

Beihilfeberechtigte/r	
Personalnummer	Telefon (freiwillige Angabe)
Name, Vorname	Geburtsdatum

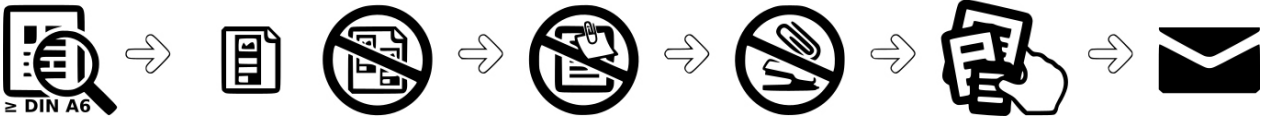
Zutreffendes bitte ankreuzen

Beihilfe
Dienstleistungszentrum Personal
des Landes Schleswig-Holstein
Postfach 62 80
24123 Kiel

Beihilfeantrag Pflege

Verwenden Sie bitte für allgemeine Aufwendungen das separate Antragsformular.

Denken Sie daran, das **Beiblatt Persönliche Daten** ausgefüllt beizufügen bei erstmaliger Antragstellung, bei **Änderung der persönlichen Daten** und bei Beihilfeberechtigten, für die das DLZP SH das Gehalt nicht anweist (Amtshilfefälle).

Wichtige Hinweise
<ul style="list-style-type: none"> ➔ Bitte fügen Sie bei Aufwendungen für Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, Entlastungsleistungen oder Pflegehilfsmittel einen Erstattungsnachweis der Pflegeversicherung bzw. Pflegekasse bei. ➔ Für die Zahlung des Bestandschutzes bei vollstationärer Pflege ist der Nachweis der Pflegeversicherung/Pflegekasse erforderlich. ➔ Bei der erstmaligen Beantragung einer Zahlung für Aufwendungen einer vollstationären Pflege ist ein aktueller Einkommensnachweis (Versorgungsbezüge, Renten etc.) beizufügen. Erhöhungen bei Versorgungsbezügen oder Renten sind bitte unverzüglich mitzuteilen. ➔ Beachten Sie bitte die Ausfüllhinweise. Hier finden Sie u.a. Informationen darüber, welche Anlagen Sie ggf. noch beifügen müssen.


1 Überweisung	➔ nur ausfüllen, wenn abweichend vom Gehaltskonto	➔ bitte Ausfüllhinweise beachten
Name Kontoinhaber/in		
IBAN	BIC	

2 Aufwendungssumme / Beleganzahl	
Gesamtsumme der Aufwendungen in Euro	Anzahl der Belege (z.B. Rechnungen, Arzneimittelverordnungen)

3 Unfall, Verletzung, Gesundheitsschaden	➔ bitte Ausfüllhinweise beachten
Folgende Aufwendungen sind unfall-/verletzungsbedingt:	
Belege vom (Rechnungsdatum)	Datum der Schädigung
<input type="checkbox"/> Schädigung wurde ausschließlich durch Eigenverschulden verursacht. ➔ kurze Beschreibung über den Sachverhalt	<input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> liegt bereits vor
<input type="checkbox"/> Schädigung wurde eventuell oder sicher durch Dritte verursacht. ➔ Vordruck „Anzeige Personenschäden“	<input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> liegt bereits vor ↓ <input type="checkbox"/> mit Beihilfeantrag vom <input type="checkbox"/> bei der für den Regress zuständigen Stelle
Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, nach dem Opferentschädigungsgesetz oder anderen Kostenerstattungsvorschriften?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
➔ Ablehnungsbescheid/Erstattungsnachweis	<input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> liegt bereits vor



4 Einkünfte Ehe- bzw. eingetragene/n Lebenspartner/in → nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für dies/n geltend gemacht werden	
Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte Ihres/r Ehe- bzw. eingetragenen Lebenspartners/in laut Einkommenssteuerbescheid im Vorvorkalenderjahr 20.000 Euro (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz)?	<input type="checkbox"/> ja ↓ <input type="checkbox"/> nein
Nachfolgende Frage nur beantworten, wenn bei der ersten Frage „Ja“ angekreuzt wurde. Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich übersteigen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

5 Pflegebedürftige Person	
Name, Vorname des/r Pflegebedürftigen (sofern abweichend von Beihilfeberechtigter/m)	
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> liegt bereits vor

6 Pauschalen → bitte Ausfüllhinweise beachten	
<input type="checkbox"/>	Ich beantrage für die dauernde häusliche Pflege der unter 5 aufgeführten Person die monatliche Pauschalbeihilfe (Pflegegeld) für die Monate von _____ bis _____
<input type="checkbox"/>	Ich beantrage einen Wohngruppenzuschlag für die Monate von _____ bis _____

7 Heimunterbringung Angehörige	
<input type="checkbox"/>	Es besteht eine zeitgleiche Heimunterbringung für folgende/n Ehe- bzw. Lebenspartner/in oder Kinder: Name, Vorname der/s Angehörigen

8 Pflegeperson → bitte Ausfüllhinweise beachten	
<input type="checkbox"/>	Die folgende Pflegeperson wurde rentenversichert: Name, Vorname der Pflegeperson
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	Rentenversicherungsnummer

9 Zusendung von Antragsformularen	
Ich benötige	
<input type="checkbox"/>	Antrag Allgemeine Leistungen
<input type="checkbox"/>	Antrag Pflege
<input type="checkbox"/>	Beiblatt Persönliche Daten
<input type="checkbox"/>	Ausfüllhinweise

10 Antragsteller/in → nur ausfüllen, wenn Sie nicht die/der Beihilfeberechtigte sind → bitte Ausfüllhinweise beachten	
Ich bin	
<input type="checkbox"/>	Bevollmächtigte/r
<input type="checkbox"/>	Kind, Ehe-/Lebenspartner/in
<input type="checkbox"/>	sonstige/r Erbe/in
<input type="checkbox"/>	Nachlassverwalter/in
Name, Vorname der antragstellenden Person	
Anschrift	
→ Nachweis	<input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> liegt bereits vor

11 Unterschrift	
Ich versichere mit dem Einreichen dieses Antrags die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Beihilfebewilligung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Nachlässe auf die Kosten sofort anzuzeigen habe. Mir ist bekannt, dass ich überzahlte Beihilfe zu erstatten habe. Mir ist weiter bekannt, dass ich im Falle bewusst unrichtiger oder unvollständiger Angaben sowie Verfälschung von Belegen strafrechtlich und disziplinarrechtlich verfolgt werde. Arbeitnehmer/innen haben mit einer Kündigung zu rechnen. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.	
Ort, Datum	Unterschrift 