

Antrag auf Gewährung einer Beihilfe Aufwendungen für dauernde Pflege

P

Antragsteller/in: Name, Vorname	Beihilfenummer	Besoldungsgr.	Geburtsdatum
---------------------------------	----------------	---------------	--------------

Dienststelle

Telefonnummer dienstlich

Telefonnummer privat

Rektor / Kanzler der RWTH
Hochschulbeihilfestelle
- 010830 -
Templergraben 86
52056 Aachen

Ich wünsche die Zusendung eines neuen Beihilfeformulars

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.

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.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Die Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung erhoben (§§ 3 und 12 BVO).

Datum, Unterschrift

Ist dies ein **Erstantrag**, bzw. haben sich **Änderungen zu Nr. 1 und/oder Nr. 2** gegenüber den Angaben in Ihrem Beihilfeantrag für Pflegeaufwendungen ergeben?

Ja Bitte nachfolgend 1) Bankverbindung und/oder 2) Adresse angeben.

1) Bankverbindung

IBAN	BIC	Geldinstitut
------	-----	--------------

2) Adresse

Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
--------------------	-------------------

Aufwendungen für dauernde Pflege zum Beihilfeantrag der / des

Antragsteller/in: Name, Vorname

vom

1 Angaben zur Pflegeversicherung

Versicherte Person	In der privaten Pflegeversicherung	In der sozialen Pflegeversicherung	
		Mitglied	Familienversichert über
Antragsteller/in (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ehegatte/-gattin, eingetragene/r Lebenspartner/ -in (E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (A)
Kind 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (E)
Kind 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (E)
Kind 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (E)
Kind 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (E)
Kind 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (E)

2 Angaben zu Pflegeleistungen (Bitte für jede pflegebedürftige Person jeweils eine Anlage ausfüllen)

Pflegebedürftige Person

Name, Vorname			Pflegegrad				
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung (nur bei erstmaliger Beantragung von Beihilfe zu Pflegeleistungen oder bei Änderungen erforderlich)			<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt vor				
Häusliche Pflege	Stationäre Pflege	Ambulant betreute Wohngruppe	Sonstige Leistungen				
<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Vollst. Pflege	<input type="checkbox"/> Wohngruppenzuschlag	<input type="checkbox"/> Unterstützungs- und Entlastungsleistungen				
<input type="checkbox"/> Pflegeperson	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> Wohnumfeldverbesserung	<input type="checkbox"/> Ersatzpflege/ Verhinderungspflege				
<input type="checkbox"/> Kombination	<input type="checkbox"/> Tages- / Nachtpflege	<input type="checkbox"/> Anschubfinanzierung	<input type="checkbox"/>				

Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der Pflegeperson (nur bei erstmaliger Beantragung von Beihilfe zu Pflegeleistungen oder bei Änderungen erforderlich)	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt vor
--	---

→ A Bei häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en)	Dauer der Pflege (ggf. je Pflegeperson)	
	Stunden / Woche	
	Stunden / Woche	
Dauer der Pflege (Antragszeitraum)	vom	bis
Unterbrechung der Pflege wegen		
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt der pflegebedürftigen Person	vom	bis
<input type="checkbox"/> Stat. Rehabilitationsmaßnahme der pflegebedürftigen Person	vom	bis
<input type="checkbox"/> Urlaub der pflegebedürftigen Person	vom	bis
<input type="checkbox"/> Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson	vom	bis

Bei vollstationärer Pflege (nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen)	Bei Beantragung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bitte Nachweise über die Bezüge, Renten usw. beifügen (Angaben über die Bezüge der/des Ehegattin/ -gatten oder eingetragenen Lebenspartners sind nur erforderlich, wenn dieser stationär gepflegt wird.)		
		Antragsteller	Ehegatte/eingetragener Lebenspartner
	Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto, ohne sonstige variable Bezügebestandteile)	€	€
	Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- / Hinterbliebenenversorgung	€	€
	Arbeitsentgelt/ Lohnersatzleistung	€	€
Pflegewohngeld	Wurde Pflegewohngeld beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wurde das bezogene Wohngeld bereits unmittelbar bei den Investitionskosten berücksichtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte Bestätigung des Pflegeheims beifügen!	Bewilligung ab: Monatl. Betrag: €	

