

Anlage „Pfleger“

Aufwendungen für dauernde Pflege zum Beihilfeantrag der/des

Name, Vorname

vom

TT.MM.JJJJ

Mit vorgenanntem Beihilfeantrag werden **ausschließlich Pflegeaufwendungen** nach §§ 5 ff. BVO NRW geltend gemacht.

(Bitte stellen Sie für **andere Aufwendungen** als Pflegeaufwendungen einen **gesonderten Antrag**.)

Antrag auf Zahlung eines Abschlags

Ich beantrage ab dem Monat _____ die Zahlung eines monatlichen Abschlags auf die zu erwartenden Kosten:

- der stationären Pflege, des Wohngruppenzuschlags oder
 der ambulanten Pflege durch selbst beschaffte Pflegekräfte (Pflegegeld).

Die **Unterbrechungszeiten im vorangegangenen Abschlagszeitraum** habe ich unter Punkt 2a oder 2b aufgeführt.

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/Ehegattin/ 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)

2. Angaben zu Pflegeleistungen

Pflegebedürftige Person (Bitte gesonderte Anlage „Pfleger“ je pflegebedürftiger Person ausfüllen.)

Name, Vorname			Pflegegrad				
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Einstufungs- bzw. Bewilligungsbescheid 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	Ambulante Wohngruppe	Sonstige Leistungen				
<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Vollstationäre 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"/>				

Rechnungen über **Unterstützungsangebote im Alltag** bitte ich

- nach § 45a SGB XI in Pflegesachleistungen umzuwandeln
 aus dem Budget des Entlastungsbetrages abzurechnen

2a. Bei häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en):	Dauer der Pflege (ggf. je Pflegeperson): _____ Stunden/Woche												
	Dauer der Pflege (Antragszeitraum) Unterbrechung der Pflege wegen <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt der pflegebedürftigen Person <input type="checkbox"/> Stat. Rehabilitationsmaßnahme der pflegebedürftigen Person <input type="checkbox"/> Urlaub der pflegebedürftigen Person <input type="checkbox"/> Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege der pflegebedürftigen Person <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege der pflegebedürftigen Person <input type="checkbox"/> ganztägig (mehr als 8 Stunden/Tag) <input type="checkbox"/> stundenweise (bis zu 8 Stunden/Tag) <input type="checkbox"/> Teilstationärer Pflege der pflegebedürftigen Person	vom _____ bis _____ vom _____ bis _____ Anzahl Tage: _____ Anzahl Tage: _____ vom _____ bis _____ Anzahl Tage: _____												
2b. Bei vollstationärer Pflege	Dauer der vollstationären Pflege (Antragszeitraum) Unterbrechung der vollstationären Pflege wegen <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> Stat. Rehabilitationsmaßnahme <input type="checkbox"/> Urlaub Abrechnung / ggf. Neuberechnung der Heimkosten unter Berücksichtigung dieser Abwesenheitszeiten	vom _____ bis _____ vom _____ bis _____ vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht												
	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 des/der Ehegatten/Ehegattin/ eingetragenen Lebenspartners/ Lebenspartnerin sind nur erforderlich, wenn diese/r stationär gepflegt wird.													
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Antragsteller/in</th> <th>Ehegatte/Ehegattin/ eingetragene/r Lebenspartner/in</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto, ohne sonstige variable Bezügebestandteile)</td> <td style="text-align: center;">€</td> <td style="text-align: center;">€</td> </tr> <tr> <td>Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- / Hinterbliebenenversorgung</td> <td style="text-align: center;">€</td> <td style="text-align: center;">€</td> </tr> <tr> <td>Arbeitsentgelt / Lohnersatzleistung</td> <td style="text-align: center;">€</td> <td style="text-align: center;">€</td> </tr> </tbody> </table>		Antragsteller/in	Ehegatte/Ehegattin/ eingetragene/r Lebenspartner/in	Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto, ohne sonstige variable Bezügebestandteile)	€	€	Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- / Hinterbliebenenversorgung	€	€	Arbeitsentgelt / Lohnersatzleistung	€	€
	Antragsteller/in	Ehegatte/Ehegattin/ eingetragene/r Lebenspartner/in												
Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto, ohne sonstige variable Bezügebestandteile)	€	€												
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- / Hinterbliebenenversorgung	€	€												
Arbeitsentgelt / Lohnersatzleistung	€	€												
Leistungszuschlag zum Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten nach § 43c SGB XI (ab 01.01.2022) nur auszufüllen bei Pflegegrad 2 bis 5	Sie erhalten von der Pflegeversicherung einen Leistungszuschlag zu dem Ihnen verbleibenden Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten (Pflege- und Ausbildungskosten). Bitte ergänzen Sie nebenstehende erforderliche Angaben.	Leistungszuschlag ab Datum: _____ Leistungszuschlag in Prozent: _____ % Leistungszuschlag monatlicher Betrag: _____ € Bitte Nachweis der Pflegeversicherung bei erstmaligem Leistungszuschlag und bei Änderungen beifügen! (Der Leistungszuschlag ändert sich mit zunehmender Dauer des Heimaufenthalts oder bei geänderten Pflegekosten.)												
Pflegewohn-geld	Wurde Pflegewohn-geld beantragt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wurde das bezogene Wohn-geld bereits unmittelbar bei den Investitionskosten berücksichtigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bitte Bestätigung des Pflegeheims beifügen!	Bewilligung ab: _____ Monatlicher Betrag: _____ €												

Diese Anleitung soll Ihnen dabei helfen, die Anlage „Pflege“ auszufüllen.

Bitte verwenden Sie für jede pflegebedürftige Person eine eigene Anlage Pflege.

Bei Fragen sind wir telefonisch für Sie erreichbar:

Montag bis Freitag

7:00 Uhr – 16.00 Uhr



0211/6023-1806

Weitere interessante Informationen rund um die Pflege:



- ✓ Allgemeines zum Thema Pflege
- ✓ Häusliche Pflege
- ✓ Vollstationäre Pflege
- ✓ Abschlagszahlungen zu pflegebedingten Aufwendungen

... finden Sie auch auf unserer Internetseite: [Beihilfefähige Aufwendungen -Pflege-](#)



Die Anlage Pflege wird benötigt, wenn Sie Leistungen zu Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit beantragen wollen:

- ✓ Pflegepauschale (häusliche Pflege durch eine selbst beschaffte Pflegeperson)
- ✓ Pflegesachleistung (häusliche Pflege durch einen Pflegedienst)
- ✓ Kombinationspflege (häusliche Pflege durch eine Pflegeperson und einen Pflegedienst)
- ✓ Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege)
- ✓ Wohngruppenzuschlag
- ✓ Hilfsmittel, soweit Sie von der Pflegeversicherung als Pflegehilfsmittel anerkannt wurden, wie z.B. Hausnotrufsysteme.
- ✓ Verhinderungspflege/ Kurzzeitpflege
- ✓ Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen
- ✓ Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes
- ✓ Kosten für die Pflege und Betreuung in einer Einrichtung der Behindertenhilfe
- ✓ Aufwendungen für vollstationäre Pflege
- ✓ Unterstützungsangebote im Alltag

Bitte beachten Sie:

- ✓ Die Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb von 24 Monaten nach Rechnungsdatum beantragt wird (§ 13 Abs. 3 der Beihilfeverordnung des Landes Nordrhein-Westfalen (BVO NRW)).
- ✓ Eine Einreichung Ihres Beihilfeantrages auf elektronischem Wege ist nur per zertifizierter DE-Mail oder Beihilfe-App möglich.
- ✓ **Ärztlich verordnete Behandlungspflege** umfasst ausschließlich medizinische Leistungen (z.B. Verbandwechsel oder Medikamentengabe) und zählt daher nicht zu den Leistungen der Pflege.
- ✓ **Ärztlich verordnete Hilfsmittel** zählen zu krankheitsbedingten Aufwendungen. Behandlungspflege und ärztlich verordnete Hilfsmittel beantragen Sie bitte separat mit dem **Kurzantrag auf Zahlung einer Beihilfe**
- ✓ Die **Pflegepauschale wird ohne Vorlage von Rechnungen** gezahlt. Bei Unterbrechung der Pflege von mehr als vier Wochen wird die Pflegepauschale gekürzt.
- ✓ **Alle sonstigen Pflegeleistungen** sind unter Vorlage von Rechnungen geltend zu machen. Fügen Sie dem Antrag Kopien von Rechnungen und ggf. Bescheinigungen der Pflegeversicherung bei. Reichen Sie **bitte keine Originale** ein, diese werden nicht zurückgesandt.



Ausfüllhilfe zur Anlage 7 „Pflege“
Hinweise zu den einzelnen Punkten im Vordruck

Anlage 7

Anlage „Pflege“

P

Aufwendungen für dauernde Pflege zum Beihilfeantrag der/des

Name, Vorname

vom

TT.MM.JJJJ

Mit vorgenanntem Beihilfeantrag werden **ausschließlich Pflegeaufwendungen** nach §§ 5 ff.
BVO NRW geltend gemacht.

(Bitte stellen Sie für **andere Aufwendungen** als Pflegeaufwendungen einen **gesonderten Antrag**.)



Tragen Sie hier bitte **die beihilfeberechtigte Person ein und das Datum des Beihilfeantrags**.

Antrag auf Zahlung eines Abschlags

Ich beantrage ab dem Monat die Zahlung eines monatlichen Abschlags auf die zu erwartenden Kosten:

- der stationären Pflege, des Wohngruppenzuschlags oder
 der ambulanten Pflege durch selbst beschaffte Pflegekräfte (Pflegegeld).

Die **Unterbrechungszeiten im vorangegangenen Abschlagszeitraum** habe ich unter Punkt 2a oder 2b aufgeführt.



Abschlagszahlungen werden i.d. R. für einen Zeitraum von 6 Monaten bewilligt.

Wählen Sie bitte die gewünschte **Abschlagsart** durch Ankreuzen.

Über die Zahlungsaufnahme erhalten Sie einen **gesonderten Bescheid**.

Erst nach Ablauf der Abschlagszahlungen wird ein Beihilfeantrag benötigt.

Unterbrechungszeiten in der Pflege wie Krankenhausaufenthalt oder Rehabilitationsmaßnahmen sind zur Berücksichtigung bei der Abrechnung entsprechend **unter Punkt 2a oder 2b einzutragen**.

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/Ehegattin/ 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)



1. Angaben zur Pflegeversicherung

Kreuzen Sie das erste Kästchen an, wenn die pflegebedürftige Person **privat versichert** ist.

Wenn die pflegebedürftige Person **gesetzlich oder freiwillig versichert** ist, machen Sie das Kreuz in der zweiten Spalte.

2. Angaben zu Pflegeleistungen

Pflegebedürftige Person (Bitte gesonderte Anlage „Pflege“ je pflegebedürftiger Person ausfüllen.)

Name, Vorname		Pflegegrad				
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Einstufungs- bzw. Bewilligungsbescheid 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	Ambulante Wohngruppe		Sonstige Leistungen		
<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Vollstationäre 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"/>		

Rechnungen über **Unterstützungsangebote im Alltag** bitte ich

nach § 45a SGB XI in Pflegesachleistungen umzuwandeln

aus dem Budget des Entlastungsbetrages abzurechnen



2. Angaben zur Pflegeleistung

Bei der ersten Beantragung oder Änderungen sind der Pflegegrad, die Art der Pflegeleistungen und der Beginn der Einstufung durch den Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung nachzuweisen. Die Angaben entnehmen Sie bitte dem Bescheid der Pflegeversicherung.

Machen Sie durch Ankreuzen kenntlich, welche Leistungen abgerechnet werden sollen. Bei Aufwendungen für eine Kurzzeit-/verhinderungspflege fügen Sie den Rechnungen bitte die Leistungsabrechnung der Pflegeversicherung bei.

Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung sind erst nach Bewilligung der Pflegeversicherung beihilfefähig. Daher fügen Sie bitte den Leistungsnachweis der Pflegeversicherung bei.

Pflegehilfsmittel müssen hier nicht gesondert aufgeführt werden. Es genügt, wenn Sie dem Antrag die Rechnung und den Erstattungsnachweis der Pflegeversicherung beifügen.

Bei Rechnungen über Unterstützungsangebote im Alltag kann eine Erstattung über den Entlastungsbetrag erfolgen oder über die Umwandlung in Pflegesachleistungen. Bitte geben Sie an, wie wir die Abrechnung vornehmen sollen.

2a. Bei häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en):	Dauer der Pflege (ggf. je Pflegeperson): _____ Stunden/Woche
	Dauer der Pflege (Antragszeitraum) Unterbrechung der Pflege wegen <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt der pflegebedürftigen Person <input type="checkbox"/> Stat. Rehabilitationsmaßnahme der pflegebedürftigen Person <input type="checkbox"/> Urlaub der pflegebedürftigen Person <input type="checkbox"/> Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege der pflegebedürftigen Person <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege der pflegebedürftigen Person <input type="checkbox"/> ganztägig (mehr als 8 Stunden/Tag) <input type="checkbox"/> stundenweise (bis zu 8 Stunden/Tag) <input type="checkbox"/> Teilstationärer Pflege der pflegebedürftigen Person	vom _____ bis _____ vom _____ bis _____ Anzahl Tage: _____ Anzahl Tage: _____ vom _____ bis _____ Anzahl Tage: _____



2a. Bei häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen

Hier tragen Sie den zurückliegenden Zeitraum ein, für den noch kein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt wurde. Bei erstmaliger Antragstellung tragen Sie den Zeitraum ab Beginn der Einstufung bis zum Ende des vorausgegangenen Monats ein. Bei der Abrechnung von Abschlagszahlungen ist der bewilligte Zeitraum einzutragen., also in der Regel die vergangenen 6 Monate. Zur korrekten Festsetzung der Beihilfe brauchen wir Angaben über eventuelle Unterbrechungszeiten bei der häuslichen Pflege. Bitte entsprechende Zeiten eintragen.

2b. Bei vollstationärer Pflege	Dauer der vollstationären Pflege (Antragszeitraum)	vom _____ bis _____
	Unterbrechung der vollstationären Pflege wegen <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> Stat. Rehabilitationsmaßnahme <input type="checkbox"/> Urlaub	vom _____ bis _____ vom _____ bis _____ vom _____ bis _____
	Abrechnung / ggf. Neuberechnung der Heimkosten unter Berücksichtigung dieser Abwesenheitszeiten	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht

 **2b. Bei vollstationärer Pflege**
 Hier tragen Sie den **zurückliegenden Zeitraum** ein, für den **noch kein Antrag auf Pflegeleistungen** gestellt wurde. Bei **erstmaliger Antragstellung** tragen Sie den **Zeitraum ab Beginn der Einstufung bis zum Ende des vorausgegangenen Monats** ein.
 Bei der **Abrechnung von Abschlagszahlungen** ist der **bewilligte Zeitraum einzutragen**, also in der Regel die vergangenen 6 Monate.
 Zur korrekten **Festsetzung der Beihilfe** brauchen wir Angaben **über eventuelle Unterbrechungszeiten bei der stationären Pflege**. Bitte entsprechende Zeiten eintragen.

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 des/der Ehegatten/Ehegattin/ eingetragenen Lebenspartners/ Lebenspartnerin sind nur erforderlich, wenn diese/r stationär gepflegt wird.	
		Antragsteller/in
		Ehegatte/Ehegattin/ eingetragene/r Lebenspartner/in
	Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto, ohne sonstige variable Bezügebestandteile)	_____ €
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- / Hinterbliebenenversorgung	_____ €	
Arbeitsentgelt / Lohnersatzleistung	_____ €	

 Zur Prüfung, ob bei vollstationärer Pflege eine Beihilfe zu den **Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie zu den Investitionskosten gezahlt werden kann, sind Angaben über das monatliche Einkommen erforderlich**. Diese umfassen:

- ✓ (Brutto-)Dienst- oder Versorgungsbezüge
- ✓ Renten aus der gesetzl. Rentenversicherung (ohne Beitragszuschüsse zur Krankenversicherung)
- ✓ Einkünfte aus Alters- oder Hinterbliebenenversorgung)
- ✓ das Erwerbseinkommen der beihilfeberechtigten Person sonstige Einkünfte (z.B. ausländische Renten)

Die entsprechenden Nachweise (z.B. Rentenbescheide) sind dem Antrag beizufügen. Änderungen sind zeitnah anzuzeigen.

<p>Leistungszuschlag zum Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten nach § 43c SGB XI (ab 01.01.2022)</p> <p>nur auszufüllen bei Pflegegrad 2 bis 5</p>	<p>Sie erhalten von der Pflegeversicherung einen Leistungszuschlag zu dem Ihnen verbleibenden Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten (Pflege- und Ausbildungskosten).</p> <p>Bitte ergänzen Sie nebenstehende erforderliche Angaben.</p>	<p>Leistungszuschlag ab Datum: _____</p> <p>Leistungszuschlag in Prozent: _____ %</p> <p>Leistungszuschlag monatlicher Betrag: _____ €</p> <p>Bitte Nachweis der Pflegeversicherung bei erstmaligem Leistungszuschlag und bei Änderungen beifügen!</p> <p>(Der Leistungszuschlag ändert sich mit zunehmender Dauer des Heimaufenthalts oder bei geänderten Pflegekosten.)</p>
---	---	--

 Ab **01.01.2022** erhalten **Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5 in vollstationärer Langzeitpflege einen Leistungszuschlag der Pflegeversicherung zum Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten**. Die Höhe dieses Zuschlages wird zur korrekten Berechnung der zustehenden Beihilfe benötigt.

<p>Pflegewohn-geld</p>	<p>Wurde Pflegewohn-geld beantragt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wurde das bezogene Wohngeld bereits unmittelbar bei den Investitionskosten berücksichtigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Bitte Bestätigung des Pflegeheims beifügen!</p>	<p>Bewilligung ab: _____</p> <p>Monatlicher Betrag: _____ €</p>
-------------------------------	---	---

 Das **Pflegewohn-geld** ist eine **Leistung zu den Investitionskosten**, die im **Bedarfsfall** durch die Pflegeeinrichtung bei der zuständigen Gemeinde beantragt wird und an das jeweilige Pflegeheim gezahlt wird. Nähere Einzelheiten können Sie bei Ihrer Pflegeeinrichtung erfahren.

Name, Vorname, ggf. Geburtsname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, PLZ und Ort)	

Einkommenserklärung bei stationärer Pflege wegen Berechnung des Eigenanteils (Fassung für Beihilfeberechtigte der NRW.BANK)

(X) Zutreffendes bitte ausfüllen bzw. ankreuzen.

1	Ich erhalte folgende Versorgungsbezüge / Einkünfte (Einkünfte bezeichnen stets die erzielten Bruttoeinkünfte.)	nein	ja, in Höhe von	
	Eigene Renten des/der Beihilfeberechtigten			
	→ aus einer betrieblichen Altersversorgung der NRW.BANK / Portigon AG / ehem. WestLB Girozentrale (insbesondere: Gesamtversorgung gemäß Versorgungsvertrag, Zusatz-Pensionsversicherung der Provinzial Lebensversicherung AG)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUR
	→ aus der gesetzlichen Rentenversicherung / einer berufsständischen Kammerversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUR
	→ aus einer sonstigen betrieblichen Altersversorgung (z.B. Rente des Beamtenversicherungsvereins (BVV), Rente der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL), Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUR
	→ beamtenrechtliche Versorgungsbezüge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUR
	Hinterbliebenenrenten des/der Beihilfeberechtigten			
	→ aus einer betrieblichen Altersversorgung der NRW.BANK / Portigon AG / ehem. WestLB Girozentrale (insbesondere: Gesamtversorgung gemäß Versorgungsvertrag, Zusatz-Pensionsversicherung der Provinzial Lebensversicherung AG)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUR
	→ aus der gesetzlichen Rentenversicherung / einer berufsständischen Kammerversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUR
	→ aus einer sonstigen betrieblichen Altersversorgung (z.B. Rente des Beamtenversicherungsvereins (BVV), Rente der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL), Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUR
	→ beamtenrechtliche Versorgungsbezüge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUR
	Sonstige Einkünfte des/der Beihilfeberechtigten			
	→ Erwerbseinkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUR
	→ sonstige Einkünfte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUR

*Nicht aufzuzählen sind Leistungen aus einer rein arbeitnehmerfinanzierten Altersversorgung (z.B. Deferred Compensation, entgeltumwandlungsfinanzierte Direktversicherung).

Name, Vorname des Ehegatten

Geburtsdatum
tt.mm.jjjj

2	Eigene Renten des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners	nein	ja, in Höhe von	
	→ aus der gesetzlichen Rentenversicherung / einer berufsständischen Kammerversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUR
	→ aus der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUR
	→ aus einer betrieblichen Zusatzversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUR
	Hinterbliebenenrenten des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners			
	→ aus der gesetzlichen Rentenversicherung / einer berufsständischen Kammerversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUR
	→ aus der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUR
	→ aus einer betrieblichen Zusatzversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUR
	Weitere Einkünfte des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners			
	→ Erwerbseinkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUR
	→ Lohnersatzleistungen (z.B. Arbeitslosengeld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUR
	→ Sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUR

3	Zu den Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit stehen folgende Leistungen zu:	nein	ja, ggf. in Höhe von	
	→ von der privaten Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	→ von der gesetzlichen Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	→ aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften, z.B. Bundesversorgungsgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	→ von der privaten Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	→ von der sozialen Pflegekasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	→ aus einer betrieblichen Zusatzversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	→ Pflegewohngeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUR
	wenn nein, wurde Pflegewohngeld beantragt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Die erforderlichen Belege, Unterlagen, Rentenmitteilungen usw. nach neuestem Stand habe ich beigelegt.

Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind.

Änderungen in der Art oder Höhe der vorgenannten Einkünfte werde ich unverzüglich und unaufgefordert anzeigen.

(Ort und Datum)

(Unterschrift der beihilfeberechtigten Person)