

# Antrag auf Gewährung einer Beihilfe zu Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit und/oder erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf



Universität Duisburg-Essen

Der Kanzler, Beihilfestelle

Bitte beachten: Beihilfen müssen spätestens ein Jahr nach der ersten Ausstellung der Rechnung beantragt werden, ansonsten verjähren die Ansprüche. Für Aufwendungen, die ab dem 01.01.2019 entstehen müssen Beihilfen innerhalb von 24 Monaten nach der ersten Ausstellung der Rechnung bzw. nach Kaufdatum der Medikamente beantragt werden. Maßgebend ist das Eingangsdatum bei der Beihilfestelle.

<b>1</b>	Name, Vorname, Amtsbezeichnung/Vergütungsgruppe der antragstellenden Person		Geburtsdatum		Beihilfe- Nr.		
	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort				Telefon privat (Angaben freiwillig)		
	Dienststelle/Institut/Seminar/Dezernat/Abteilung			Raum-Nr.	Telefon dienstl.		
	Vollbeschäftigung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Zahl der Wochenstunden:		Altersteilzeit <input type="checkbox"/> ja	Beurlaubung/Elternzeit ohne Dienstbezüge in den letzten 12 Monaten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grund: vom bis			
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig		verheiratet seit	geschieden seit	verwitwet seit	getrennt lebend seit	eingetragene Lebenspartnerschaft seit	
Name, Vorname des Ehegatten, des eingetragenen Lebenspartners <sup>1)</sup>					Geburtsdatum <sup>1)</sup>		
<b>2</b>	Es ist ein Abschlag gewährt worden durch Bescheid vom				in Höhe von €		
<b>3</b>	Ich bitte, die Beihilfe zu überweisen auf das Konto mit der IBAN			bei (Bank oder Sparkasse)		BIC	
<b>4</b>	Kinder Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder - § 2 Abs. 2 BVO - angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen geltend gemacht werden Name, Vorname		Geburtsdatum TT.MM.JJ	Kinderbezogener Anteil im Familienzuschlag steht mir zu	Anderem Elternteil steht der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zu	von TT.MM.JJJJ	bis TT.MM.JJJJ
	1.			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	2.			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	3.			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	4.			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	5.			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	6.			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>5</b>	<b>Antragstellende Person, Ehegatte/eingetragener Lebenspartner und Kinder sind wie folgt gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit</b>						
	Personen (Reihenfolge der Kinder wie unter Nr. 4)		Privat versichert bei		In der sozialen Pflegeversicherung		
					Mitglied	familienversichert über	
	1		2		3	4	
	Antragstellende Person (A)				<input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	
	Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner (E)				<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	
	Kind 1 (K1)				<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	
Kind 2 (K2)				<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>		
Kind 3 (K3)				<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>		
Kind 4 (K4)				<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>		

1) Nur ausfüllen, wenn für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner Aufwendungen geltend gemacht werden, oder wenn zwei oder mehr Kinder zu berücksichtigen sind und beide Elternteile beihilfeberechtigt sind.  
2) Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, sich in Berufsausbildung befinden (bis 25. Lebensjahr ggf. zuzüglich Zeit des Wehr- oder Zivildienstes) oder arbeitslos sind (bis 21. Lebensjahr) und der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen und bei denen nur wegen der Höhe ihrer eigenen Einkünfte der Anspruch auf das Kindergeld und der Familienzuschlag für das Kind entfallen ist.

6	bitte nur ausfüllen				
	a	bei <b>vorrangigen Ansprüchen</b>	Bestehen Ansprüche zu den geltend gemachten Aufwendungen aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften (z.B. gesetzliche Unfallversicherung, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz) oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Angabe der Rechtsvorschrift, der Art und der Höhe der Leistung bzw. der zustehenden Leistung bitte auf besonderem Blatt		
b	von antragstellenden Personen, die für den <b>Ehegatten/Lebenspartner oder Kinder</b> eine Beihilfe beantragen	Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes), zuzüglich (bei erstmaligem Rentenbezug ab 01.01.2004) der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag, zuzüglich ab 01.01.2009 der Kapitaleinkünfte, die nach § 32d Abs. 1 EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert wurden oder die der Kapitalertragsteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Abs. 5 EStG unterlegen haben, des Ehegatten/Lebenspartners <b>im Kalenderjahr vor der Antragstellung</b> 18.000 € überstiegen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> noch nicht bekannt			
		Sind oder waren <b>Ehegatte/Lebenspartner</b> oder <b>berücksichtigungsfähige Kinder</b> in den letzten 24 Monaten berufstätig, Empfänger von beamtenrechtlichen Versorgungsbezügen, von Arbeitslosengeld oder -hilfe, von Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch oder von Elterngeld? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
		Name dieser Person	Zeitraum der Berufstätigkeit bzw. Zahlung dieser Bezüge	Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. Angabe der Art der Bezüge	Falls <b>selbst beihilfeberechtig</b> , bitte ankreuzen <input type="checkbox"/>
c	von antragstellenden Personen <b>mit Kindern, die das 18. Lebensjahr vollendet haben</b>	Name des Kindes	Das berücksichtigungsfähige Kind befindet sich zurzeit		
			<input type="checkbox"/> in einer Schulausbildung <input type="checkbox"/> in einer Berufsausbildung <input type="checkbox"/> im Studium	Voraussichtliche Beendigung am	
			<input type="checkbox"/> in einer Schulausbildung <input type="checkbox"/> in einer Berufsausbildung <input type="checkbox"/> im Studium	Voraussichtliche Beendigung am	
d	wenn die antragstellende Person oder ein Angehöriger <b>Rentenempfänger</b> ist	Person	Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993?	Falls nein: Beteiligt sich der Rentenversicherungsträger am Krankenversicherungsbeitrag oder Pflegeversicherungsbeitrag? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Falls ja: Höhe des zustehenden Anteils im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen
		Antragsteller	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€
		Ehegatte/Lebenspartner	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€
		Kind	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€
e	Angaben zu Pflegeleistungen	Pflegebedürftige Person:			
		Seitens der Pflegeversicherung wurde folgender Pflegegrad festgestellt:			Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt bereits vor
		Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflege* <input type="checkbox"/> Pflege* <input type="checkbox"/> Pflege* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
		Häusliche Pflege	Stationäre Pflege	Ambulant betreute Wohngruppe	Sonstige Leistungen
		<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Wohngruppenzuschlag	<input type="checkbox"/> zusätzl. Betreuungsleistungen
		<input type="checkbox"/> Pflegeperson	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> Wohnumfeldverbesserung	<input type="checkbox"/> Ersatzpflege
		<input type="checkbox"/> Kombination	<input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege	<input type="checkbox"/> Anschubfinanzierung	
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		

f	bei häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en)		Dauer der Pflege (ggf. je Pflegeperson):		
		1.		Stunden/Woche		
		2.		Stunden/Woche		
		Dauer der Pflege (Antragszeiten)		vom	bis	
		Unterbrechung der Pflege wegen <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt		vom	bis	
		<input type="checkbox"/> Stat. Rehabilitationsmaßnahme		vom	bis	
<input type="checkbox"/> Urlaub der pflegebedürftigen Person		vom	bis			
<input type="checkbox"/> Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson		vom	bis			
g	bei vollstationärer Pflege	Bei Beantragung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bitte angeben und Nachweise über die Bezüge, Renten usw. beifügen (Angaben über die Bezüge des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners sind nur erforderlich, wenn er stationär gepflegt wird)				
		Bitte Nachweise beifügen	Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto, ohne sonstige variable Bezügebestandteile)	Antragsteller	Ehegatte/eingetragener Lebenspartner	
			Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- und Hinterbliebenenversorgung	€	€	
			Arbeitsentgelt und Lohnersatzleistungen	€	€	
h	Antrag auf Zahlung eines Abschlags	Hiermit beantrage ich die Zahlung eines monatlichen Abschlags zu den zu erwartenden Kosten der / des <input type="checkbox"/> stationären Pflege, <input type="checkbox"/> Wohngruppenzuschlags oder <input type="checkbox"/> ambulanten Pflege durch selbst beschaffte Pflegekräfte (Pflegepauschale).				

**Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Kosten sowie den nachträglichen Wegfall von Kindergeld bzw. der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familien-/Orts-/Sozialzuschlag sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.**

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

Die Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung erhoben (§§ 3, 5 ff und 12 BVO).

Ort, Datum

Unterschrift

---



---