

# Antrag auf Beihilfe für Pflegeleistungen

Aktenzeichen - 8-stellig mit führenden Nullen

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt  
Beihilfeumlagekasse  
Carl-Miller-Str. 7  
39112 Magdeburg

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer dienstlich/privat (freiwillig)

E-Mailadresse dienstlich/privat (freiwillig)

**Die Belege werden gescannt und vernichtet. Bitte keine Originale, sondern gut lesbare Kopien beifügen. Die Kopien nicht klammern oder heften!**

Antragsformulare unter: [www.kvsa-magdeburg.de](http://www.kvsa-magdeburg.de)

Gesamtbetrag der Aufwendungen  € Anzahl der Belege

Hiermit beantrage ich Beihilfe zu den in der Anlage belegten Aufwendungen.  
Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder ausfüllen.

Ich beantrage erstmalig Beihilfe für Pflegeleistungen. (Bitte den Antrag vollständig ausfüllen.)

Ich habe bereits Beihilfe für Pflegeleistungen beantragt.

**Hinweis:** Dieser Antrag ist für **jede** pflegebedürftige Person auszufüllen, wenn Aufwendungen zu häuslicher, teilstationärer oder vollstationärer Pflege geltend gemacht werden.

## 1. Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname

falls abweichend zum Antragsteller:

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort/Ortsteil

## 2. Angaben zur Pflegeversicherung der pflegebedürftigen Person

private Pflegeversicherung  soziale Pflegeversicherung

bei:

als

Mitglied  Familienversicherter  sonstige Person

familienversichert bei

Antragsteller

Ehegattin / Ehegatte / eingetragene Lebenspartnerin /  
eingetragener Lebenspartner

### 3. Angaben zu den beantragten Pflegeaufwendungen nach §§ 37 – 40a Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)

#### Pflegebedürftige Person

Name, Vorname

Pflegegrad

1    2    3    4    5

Einstufungs- bzw. Bewilligungsbescheid der Pflegeversicherung  
(nur bei erstmaliger Beantragung von Beihilfe zu Pflegeleistungen oder  
bei Änderungen erforderlich)

liegt bei    wird nachgereicht

liegt vor

#### Häusliche Pflege

#### Teil-/ Vollstationäre Pflege

#### Sonstige Leistungen\*

Pflegegeld (Pflegerperson)

Vollstationäre Pflege

Entlastungsleistungen

Pflegedienst

Tages-/ Nachtpflege

Kurzzeit-/ Verhinderungspflege

Kombinationspflege  
(Pflegedienst + -person)

Palliativversorgung/Hospiz

Pflegehilfsmittel

Einrichtung der Behindertenhilfe

Wohnumfeldverbesserung

Wohngruppenzuschlag

Sonstige Pflegeaufwendungen

\* Bitte fügen Sie bei diesen Aufwendungen immer eine Kopie des konkreten Leistungsnachweises der Versicherungen bei

Es besteht ein individueller Leistungsausschluss der privaten Kranken-/ Pflegeversicherung für diese Aufwendungen.

Nachweis:    liegt vor    ist beigelegt

Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der  
Pflegerperson (nur bei erstmaliger Beantragung von Beihilfe zu Pflegeleistung  
oder bei Änderungen erforderlich)

liegt bei    wird nachgereicht

liegt vor

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegerperson/en

Dauer der Pflege (ggf. je Pflegerperson):

Stunden/Woche

Ich beantrage eine zusätzliche Beihilfe (sog. Mehrleistung) zu den nicht gedeckten Aufwendungen der  
vollstationären Pflege (§ 39 Abs. 2 BBhV)

#### 4. Angaben von Unterbrechungszeiten

Wurde die häusliche oder vollstationäre Pflege im beantragten Zeitraum oder im abgelaufenen Zeitraum unterbrochen (z. B. Kurzzeitpflege, Krankenhaus usw.)?

- Nein  Ja, wie folgt:
- Krankenhausaufenthalt der pflegebedürftigen Person vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Stat. Rehabilitationsmaßnahme der pflegebedürftigen Person vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Urlaub der pflegebedürftigen Person vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Sonstiges vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

#### 5. Abschlagszahlung

Für Aufwendungen in Pflegefällen können auf Antrag Abschläge gezahlt werden.

- Neuantrag
- Ich beantrage erstmalig Abschlagszahlungen nach § 51 Absatz 2 Satz 4 BBhV für die nächsten 6 Monate und verpflichte mich, der Beihilfeumlagekasse jede Änderung der Angaben unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen, sowie den Beihilfeanspruchübersteigende Zahlungen zu erstatten.
- Folgeantrag
- Ich versichere, dass die Pflegeleistungen im zurückliegenden Zeitraum, wie **in Ziffer 4 angegeben** ohne Kürzungen von der Pflegeversicherung gezahlt worden sind
- Es gab im zurückliegenden Zeitraum Unterbrechungen, wie **in Ziffer 4** angegeben
- Bitte für Pflegeleistungen, für die ein Abschlag gewährt wurde, die entsprechenden Leistungsmitteilungen / Abrechnungsbelege / Rechnungen / Kontoauszüge beifügen.
- Ich beantrage zudem eine Abschlagszahlung nach § 51 Absatz 2 Satz 4 BBhV für die nächsten 6 Monate und verpflichte mich der Beihilfeumlagekasse jede Änderung der Angaben unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen, sowie den Beihilfeanspruch übersteigende Zahlungen zu erstatten.

Falls bereits Pflegeabschläge gezahlt wurden, können neue Abschläge erst im letzten Abschlagsmonats beantragt werden, da ggf. Unterbrechungen anzugeben sind.

#### 6. Angaben zu den Aufwendungen

**Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis?**

- nein  ja [Bitte vervollständigen Sie und füllen bei Erstantrag oder Änderungsmeldung ergänzend den Vordruck „Unfallmeldung“ aus. (Vordruck unter [www.kvsa-magdeburg.de](http://www.kvsa-magdeburg.de))]

Unfalldatum: \_\_\_\_\_

Rechnungsdatum: \_\_\_\_\_

Betrag: \_\_\_\_\_ €

## 7. Auszahlung der Beihilfe

### 7.1 Haben Sie auf die hiermit beantragte Beihilfe bereits einen Abschlag erhalten?

nein  ja, um \_\_\_\_\_ (TT|MM|JJJJ) in Höhe von \_\_\_\_\_ €

### 7.2 Auf welches Konto soll die Überweisung erfolgen?

mein Ihnen bekanntes Konto  folgendes Konto:

\_\_\_\_\_  
IBAN (max. 34 Stellen)

\_\_\_\_\_  
BIC (max. 11 Stellen)

\_\_\_\_\_  
Name des Geldinstituts

\_\_\_\_\_  
Name Kontoinhaber/in (falls abweichend von dem/der Antragsteller/in)

## 8. Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Ich versichere nach bestem Wissen die Richtigkeit meiner Angaben. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen und Leistungen aus Zusatztarifen für die geltend gemachten Aufwendungen werde ich dem Kommunalen Versorgungsverband Sachsen-Anhalt anzeigen. Mir ist auch bekannt, dass ich verpflichtet bin, die Beihilfe für meine Ehegattin / meinen Ehegatten / meinen Lebenspartnerin / meinen Lebenspartner / zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe der Einkünfte unzutreffend sind.

X

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Bevollmächtigten

Vollmacht liegt vor  Vollmacht liegt bei

## Hinweise zum Datenschutz

Zur Erfüllung der dem KVSA übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet. Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten finden Sie auf der Internetseite <https://www.kvsa-magdeburg.de/datenschutz>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gern per Post zu.