

Aufwendungen für dauernde Pflege (Anlage „Pflege“)

Zum Beihilfeantrag von Frau/Herrn		vom	Aktenzeichen: (Org.-Nr./Personalnummer)
1.	Angaben zur pflegebedürftigen Person Nachname, Vorname des Pflegebedürftigen	Pflegegrad:	
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
		<input type="checkbox"/> 5	
Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung: Bitte bei erstmaliger Beantragung von Pflegeleistungen und bei jeder Änderung vorlegen!		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt vor	
2.	Angaben zur Pflegeversicherung der pflegebedürftigen Person		
	Für die pflegebedürftige Person besteht seit: _____		
	Versicherungsschutz bei: _____		
	<input type="checkbox"/> private Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> soziale Pflegeversicherung (gesetzliche Krankenversicherung)		
	<input type="checkbox"/> als Mitglied		
	<input type="checkbox"/> als Familienversicherter bei:		
	<input type="checkbox"/> Antragsteller		
	<input type="checkbox"/> Ehegatte/eingetragener Lebenspartner		
3.	Angaben zu den beantragten Aufwendungen		
	Welche Pflegeaufwendungen werden beantragt?		
	Werden mehrere Arten der Pflege in Anspruch genommen, bitte entsprechende Pflegearten ankreuzen!		
	<input type="checkbox"/> Pflegegeld		
	<input type="checkbox"/> Pflegegeldienst		
	<input type="checkbox"/> Tages- und Nachtpflege		
	<input type="checkbox"/> Kombinationsleistungen aus oben genannten Leistungen		
	<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege		
	<input type="checkbox"/> Kurzzeit-/Verhinderungspflege		
	<input type="checkbox"/> vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe		
	<input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag		
	<input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel		
	<input type="checkbox"/> Wohnumfeldverbesserung		
	<input type="checkbox"/> Wohngruppenzuschlag		
	<input type="checkbox"/> Anschubfinanzierung zur Gründung einer Wohngruppe		
	<input type="checkbox"/> Pflegeunterstützungsgeld		
	Bitte fügen Sie bei den Aufwendungen immer eine Kopie der Leistungsmittelung der für Sie zuständigen Pflegeversicherung bei!		
	Bei vollstationärer Pflege bitte Punkt 6 beachten!		
	Für welchen Zeitraum werden oben genannte Pflegeaufwendungen beantragt? (Leistungs-/Rechnungszeitraum)		
	von: _____ bis: _____		
	Enthalten die Aufwendungen für Pflegeleistungen Unterbrechungszeiträume?		
	<input type="checkbox"/> ja		
	<input type="checkbox"/> nein		
	wenn ja*:		
	Unterbrechung der Pflege wegen:		
	von: _____ bis: _____		
	<small>* Soweit mehrere Gründe – auch gleichzeitig – vorliegen (zum Beispiel Inanspruchnahme von Kurzzeit-/Verhinderungspflege bei Urlaub der Pflegeperson, Krankenhausaufenthalt, stationäre Rehabilitationsmaßnahmen), sind diese alle vollständig anzugeben.</small>		

4.	Bei häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen	
	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en)	Dauer der Pflege je Pflegeperson in Stunden/Woche
	Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der Pflegeperson, soweit Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 1a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch besteht. Bitte Erstmitteilung und jede Änderung vorlegen!	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt vor
5.	Abschlagszahlung Hinweis: Nur im Bereich der häuslichen Pflege bei Pflege durch Pflegepersonen und der vollstationären Pflege möglich.	
<input type="checkbox"/> Neuantrag: Ich beantrage erstmalig eine Abschlagszahlung für die nächsten 6 Monate, ab (Monat/Jahr): _____		
<input type="checkbox"/> Folgeantrag:		
<input type="checkbox"/> Ich versichere, dass das Pflegegeld im zurückliegenden Zeitraum ohne Kürzungen von der Pflegeversicherung gezahlt wurde: von: _____ (Monat/Jahr) bis: _____ (Monat/Jahr)		
<input type="checkbox"/> Es gab im zurückliegenden Zeitraum Unterbrechungen (zum Beispiel Krankenhausaufenthalt, Kurzzeitpflege und so weiter) von: _____ (Tag/Monat/Jahr) bis: _____ (Tag/Monat/Jahr) Grund: _____ von: _____ (Tag/Monat/Jahr) bis: _____ (Tag/Monat/Jahr) Grund: _____		
<input type="checkbox"/> Ich beantrage gleichzeitig die Abschlagszahlung des Pflegegeldes für weitere 6 Monate.		
6.	Bei vollstationärer Pflege Beantragung von verbleibenden Aufwendungen (§ 55 Absatz 4 der Sächsischen Beihilfeverordnung) (nur auszufüllen bei erstmaliger Antragsstellung oder bei Änderung)	
Hinweise: Bei Einkommen nach Buchstabe a bis e ist das im Januar bezogene Einkommen für das laufende Kalenderjahr zu Grunde zu legen und hier anzugeben. Wurde im Januar des laufenden Kalenderjahres kein Einkommen nach Buchstabe a bis e bezogen, ist das für den ersten vollen Monat bezogene Einkommen für das laufende Kalenderjahr zu Grunde zu legen. Dies gilt auch bei feststehenden monatlichen Einkommen nach Buchstabe f bis h. Verringert sich dieses Einkommen im Laufe des Kalenderjahres dauernd wesentlich, ist das Einkommen ab dem Monat der dauernden Verringerung zu Grunde zu legen.		
Bei monatlich schwankenden Einkommen nach Buchstabe f bis h soll der monatliche Durchschnitt des vorangegangenen Kalenderjahres als Einkommen nach Satz 1 berücksichtigt und angegeben werden. Wird glaubhaft gemacht, dass die Einnahmen im laufenden Jahr voraussichtlich wesentlich geringer sind als im Kalenderjahr davor, sind die aktuellen Einnahmen zu Grunde zu legen.		
Bei Einkünften nach Buchstabe g sind Verluste aus einer solchen Tätigkeit nicht zu berücksichtigen.		
Nachweise über Einkünfte, Bezüge, Renten und so weiter sind beizufügen!		

Einkommen (in Euro)		Antragsteller	Ehegatte /Lebenspartner
a	Dienstbezüge (brutto, einschließlich Altersteilzeitzuschlag, ohne kinderbezogenen Anteil)		
b	Anwärterbezüge (brutto, einschließlich Familienzuschlag ohne kinderbezogenen Anteil)		
c	Versorgungsbezüge (nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften, ohne Unfallausgleich, Unfallentschädigung und Unterschiedsbetrag § 55 Absatz 2 Satz 1 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes)		
d	Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung ohne Beitragszuschuss vor Abzug der Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsbeiträge		
e	Zahlbetrag aus einer Alters- und Hinterbliebenenversorgung		
f	Arbeitsentgelt (brutto) aus nichtselbständiger Arbeit und Lohnfortzahlungen		
g	Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbstständiger Arbeit		
h	Lohnersatzleistungen		
<p>Den nachfolgenden Datenschutzhinweis habe ich zur Kenntnis genommen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.</p> <p>Datenschutzhinweis gemäß Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung Ihre Daten werden vom Landesamt für Steuern und Finanzen zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html (Bereich Beihilfe) abrufen. Den behördlichen Datenschutzbeauftragten des Landesamtes für Steuern und Finanzen, erreichen Sie unter: Landesamt für Steuern und Finanzen, Behördlicher Datenschutzbeauftragter, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de</p>			
Ort, Datum		Unterschrift des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten	
		Vollmacht <input type="checkbox"/> liegt der Festsetzungsstelle vor <input type="checkbox"/> ist beigefügt	