

Absender (Einrichtung)

## Antrag auf Gewährung von Beihilfe und Direktabrechnung

für vollstationäre Pflege in einer Pflegeeinrichtung (nicht umfasst sind Kurzzeit- und Verhinderungspflege, auch wenn diese in einer vollstationären Pflegeeinrichtung erbracht wird!)

### Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

Landesamt für Steuern und Finanzen  
Postfach 54 06  
97004 Würzburg

| 1. Angaben zur beihilfeberechtigten Person:                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Beihilfe-Identifikationsnummer</b>                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Name, Vorname</b>                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Geburtsdatum</b>                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Anschrift</b>                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Angaben zur pflegebedürftigen Person, wenn nicht Nummer 1: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Name, Vorname</b>                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Geburtsdatum</b>                                           | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Angabe des Pflegegrades:                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 2                                    | <input type="checkbox"/> 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 4                                    | <input type="checkbox"/> 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| 4. Antragsvoraussetzungen (von der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person vollständig auszufüllen)                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Eine Direktabrechnung ist grundsätzlich <u>nicht</u> möglich, wenn mit diesem Antrag</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ erstmals eine Beihilfe beantragt oder</li> <li>➤ eine der folgenden Fragen mit „Ja“ beantwortet wird (Bitte nachfolgende Hinweise beachten!).</li> </ul> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>a) Haben sich seit dem letzten Beihilfeantrag zu einem oder mehreren der folgenden Sachverhalte Änderungen ergeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Wechsel des Ausbildungs-, Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisses, Beurlaubung, Eintritt in den Ruhestand, Bezug von Versorgungsbezügen,</li> <li>➤ Familienstand (nur wenn die berücksichtigungsfähige Person behandelt wird),</li> <li>➤ Anzahl der im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder (auch bei Geburt),</li> <li>➤ Krankenversicherungsschutz,</li> <li>➤ anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von der berücksichtigungsfähigen Person, wenn diese behandelt wird),</li> <li>➤ Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil,</li> <li>➤ Pflegegrad beziehungsweise Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung,</li> <li>➤ meine Einkünfte (relevant bei Beantragung von verbleibenden Aufwendungen nach § 55 Absatz 4 SächsBhVO),</li> <li>➤ Einkünfte des Ehegatten oder Lebenspartners (relevant bei Beantragung von verbleibenden Aufwendungen nach § 55 Absatz 4 SächsBhVO und bei Beantragung von Aufwendungen für den Ehegatten/Lebenspartner).</li> </ul> | <p><input type="checkbox"/> Ja<br/>Es haben sich bei mindestens einem der angeführten Sachverhalte Änderungen ergeben.</p> <p><input type="checkbox"/> Nein<br/>Es haben sich keine Änderungen bei den angeführten Sachverhalten ergeben.</p> |
| <p>b) Stehen der behandelten Person andere Krankenfürsorgeleistungen (mit Ausnahme der beihilfekonformen privaten Krankenversicherung) zu?<br/>Beispiele: Heilfürsorge, Krankenbehandlung nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch, dem Opferentschädigungs- oder Entwicklungshelfergesetz</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>                                                                                                                                                                         |
| <p>c) Erfolgt die Behandlung anlässlich eines Unfalls?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>                                                                                                                                                                         |
| <p>Wenn eine Frage mit „Ja“ beantwortet wurde (Bitte nachfolgende Hinweise beachten!):</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                               |
| Langantrag                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird unmittelbar zugeleitet                                                                                                                                                       |
| Kurzantrag                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird unmittelbar zugeleitet                                                                                                                                                       |
| Anlage „Pflege“                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird unmittelbar zugeleitet                                                                                                                                                       |
| Erklärung der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 EStG für den Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird unmittelbar zugeleitet                                                                                                                                                       |

**Hinweise:**

Bei Veränderungen der vorgenannten Sachverhalte sind der Festsetzungsstelle das ausgefüllte Antragsformular (Langantrag, Anlage 8 zu § 62 Absatz 1 SächsBhVO) sowie die Anlage „Pflege“ (Anlage 10 zu § 62 Absatz 1 SächsBhVO) zu übersenden. Haben sich nur die Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder Lebenspartners geändert, ist auch die Vorlage des Kurzantrages (Anlage 9 zu § 62 Absatz 1 SächsBhVO) und des ausgefüllten Formblattes „Erklärung der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 EStG für den Ehegatten oder Lebenspartner“ (Anhang 2 der VwV-SächsBhVO) ausreichend.

Werden Aufwendungen für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner geltend gemacht, ist der Festsetzungsstelle mit Beginn eines Kalenderjahres oder bei erstmaliger Antragstellung das ausgefüllte Antragsformular (Lang- oder Kurzantrag) und die Erklärung der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 EStG für den Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner (Anhang 2 der VwV-SächsBhVO) vorzulegen.

Haben sich seit dem letzten Beihilfeantrag lediglich Änderungen im Hinblick auf den Pflegegrad beziehungsweise auf den Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung ergeben, ist es ausreichend, wenn der Festsetzungsstelle nur die Anlage „Pflege“ (Anlage 10 zu § 62 Absatz 1 SächsBhVO) zugeleitet wird.

Wird Beihilfe nach § 55 Absatz 4 SächsBhVO wegen Überschreitung der Höchstbeträge nach § 55 Absatz 1 SächsBhVO sowie für Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten beantragt, ist in jedem Kalenderjahr bei erstmaliger Antragstellung die Anlage „Pflege“ (Anlage 10 zu § 62 Absatz 1 SächsBhVO) vorzulegen.

Es steht dem Beihilfeberechtigten frei, ob er die Formulare über die Pflegeeinrichtung gemeinsam mit diesem Antrag oder unmittelbar der Festsetzungsstelle zuleitet.

**Erklärungen der beihilfeberechtigten Person:**

- Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle Angaben richtig und vollständig sind.
- Ich ermächtige die Einrichtung, direkt mit der Festsetzungsstelle abzurechnen und die Beihilfe unmittelbar an die Einrichtung oder den Rechnungssteller zu zahlen.
- Ich entbinde die Einrichtung, den Rechnungssteller und die Festsetzungsstelle von der Schweigepflicht.
- Mit dem Austausch meiner persönlichen Daten und Behandlungsdaten sowie der sonstigen in § 104 Absatz 1 SGB XI genannten Daten bin ich einverstanden.
- Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit der Einrichtung oder dem Rechnungssteller klären.
- Für die Begleichung der nicht beihilfefähigen Aufwendungen bin ich selbst verantwortlich.

**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, Behördliche/r Datenschutzbeauftragte/r, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: [Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de](mailto:Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de).

---

Ort, Datum und Unterschrift der beihilfeberechtigten Person oder der bevollmächtigten Person (Die Vollmacht muss der Festsetzungsstelle vorliegen.)

---

**5. Angaben der Einrichtung (von der Einrichtung auszufüllen)**

Sie werden gebeten, diesen Antrag zusammen mit der Rechnung an die zuständige Festsetzungsstelle zu übersenden.  
Sollte keine Direktabrechnung erfolgen können, wenden Sie sich wegen der Begleichung der Rechnung bitte an die pflegebedürftige Person. Auch Kostenanteile, für die keine Beihilfe gewährt werden kann, sind der pflegebedürftigen Person direkt in Rechnung zu stellen.

|                                                                   |     |     |
|-------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Pflegezeitraum                                                    | von | bis |
| Unterbrechung wegen (soweit bereits bekannt)                      |     |     |
| <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt                    | von | bis |
| <input type="checkbox"/> Stationäre Rehabilitationsmaßnahme       | von | bis |
| <input type="checkbox"/>                                          | von | bis |
| Zu erwartende monatliche Kosten in Euro:                          |     |     |
| davon pflegebedingte Aufwendungen                                 |     |     |
| davon Unterkunft/Verpflegung                                      |     |     |
| davon Investitionskosten                                          |     |     |
| davon Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Absatz 1 SGB XI          |     |     |
| davon sonstige Aufwendungen (zum Beispiel Platzfreihaltegebühren) |     |     |

**Hinweise:**

Wenn Rechnungen für den laufenden Monat eingereicht werden und etwaige Unterbrechungszeiten noch nicht bekannt sind und daher bei der Erstellung der Rechnung noch nicht berücksichtigt werden können, erfolgt die Beihilfegewährung unter dem Vorbehalt des Widerrufs, dass durch den Leistungserbringer oder Rechnungssteller spätestens jeweils mit der Rechnung für den übernächsten Monat etwaige Unterbrechungszeiten und sich daraus ergebende Überzahlungen mitzuteilen sind.

Liegen keine etwaigen Unterbrechungszeiten vor, ist dies formlos (zum Beispiel auf der Folgerechnung) zu vermerken. Kommt der Leistungserbringer oder Rechnungssteller dieser Verpflichtung nicht nach, wird die Direktabrechnung ab dem darauffolgenden Monat bis zur Erfüllung der Verpflichtung nicht mehr durchgeführt. Überzahlungen aufgrund von Unterbrechungszeiten können mit folgenden Beihilfezahlungen verrechnet werden.

Ansprechpartner und Telefonnummer bei Rückfragen:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, Stempel der Einrichtung