

Name, Vorname, ggf. Geburtsname	Geburtsdatum
Anschrift	

Einkommenserklärung bei stationärer Pflege wegen Berechnung des Eigenanteils

(X) Zutreffendes bitte ausfüllen bzw. ankreuzen.

1	Neben den vom LBV NRW gezahlten Versorgungsbezügen erhalte ich keine weiteren Versorgungsbezüge und keine Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung sowie aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung für Angehörige des öffentlichen Dienstes.	() nein () ja
----------	--	--------------------------

2	Neben den vom LBV NRW gezahlten Versorgungsbezügen erhalte ich weitere beamtenrechtliche Versorgungsbezüge Wenn ja, von welcher Stelle: Aktenzeichen:	() nein () ja
----------	---	--------------------------

3	Ich habe neben den vom LBV NRW gezahlten Versorgungsbezügen folgende weitere Einkünfte (Einkünfte bezeichnen stets die erzielten Bruttoeinkünfte.)		
	Eigene Renten des/der Beihilfeberechtigten	nein	ja, in Höhe von
	→ aus der gesetzlichen Rentenversicherung	()	() EUR
	→ aus der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes	()	() EUR
	→ aus einer betrieblichen Zusatzversorgung	()	() EUR
	Hinterbliebenenrenten des/der Beihilfeberechtigten		
	→ aus der gesetzlichen Rentenversicherung	()	() EUR
	→ aus der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes	()	() EUR
	→ aus einer betrieblichen Zusatzversorgung	()	() EUR
	Sonstige Einkünfte des/der Beihilfeberechtigten		
	→ Erwerbseinkommen	()	() EUR
	→	()	() EUR

Name, Vorname des Ehegatten	Geburtsdatum
-----------------------------	--------------

4	Eigene Renten des Ehegatten	nein	ja, in Höhe von	
	→ aus der gesetzlichen Rentenversicherung	()	()	EUR
	→ aus der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes	()	()	EUR
	→ aus einer betrieblichen Zusatzversorgung	()	()	EUR
	Hinterbliebenenrenten des Ehegatten			
	→ aus der gesetzlichen Rentenversicherung	()	()	EUR
	→ aus der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes	()	()	EUR
	→ aus einer betrieblichen Zusatzversorgung	()	()	EUR
	Weitere Einkünfte des Ehegatten			
	→ Erwerbseinkommen	()	()	EUR
	→ Lohnersatzleistungen (z.B. Arbeitslosengeld)	()	()	EUR
	→ Sonstige Einkünfte	()	()	EUR

5	Zu den Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit stehen folgende Leistungen zu:	nein	ja, ggf. in Höhe von	
	→ von der privaten Krankenversicherung	()	()	
	→ von der gesetzlichen Krankenversicherung	()	()	
	→ aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften, z.B. Bundesversorgungsgesetz	()	()	
	→ von der privaten Pflegeversicherung	()	()	
	→ von der sozialen Pflegekasse	()	()	
	→ aus einer betrieblichen Zusatzversorgung	()	()	
	→ Pflegegeld	()	()	EUR
wenn nein, wurde Pflegegeld beantragt?	()	()		

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

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 des/der Beihilfeberechtigten)