

Beihilfenummer: \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen  
eine Ausfertigung für Ihre Unterlagen

### Einkommenserklärung

bei vollständiger Pflege wegen Berechnung des Eigenanteils

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des/ der Beihilfeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

**Versorgungsbezug (mtl. brutto)** \_\_\_\_\_

( ) Neben den vom Dienstherrn gezahlten Versorgungsbezügen erhalte ich **keine weiteren Versorgungsbezüge und keine Renten** aus der gesetzlichen sowie aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung für Angehörige des öffentlichen Dienstes.

( ) Neben den vom Dienstherrn gezahlten Versorgungsbezügen erhalte ich **weitere beamtenrechtliche Versorgungsbezüge**

( ) nein ( ) ja  
Wenn ja, von welcher Stelle

\_\_\_\_\_  
Dienststelle

\_\_\_\_\_  
Az.

Ich habe neben den vom Dienstherrn gezahlten Versorgungsbezügen folgende weitere Einkünfte (mtl. brutto):

<b>Eigene Renten des/der Beihilfeberechtigten</b>	nein	ja, in Höhe von
aus der gesetzlichen Rentenversicherung	( )	( ) _____ €
aus der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes	( )	( ) _____ €
aus einer betrieblichen Zusatzversorgung	( )	( ) _____ €
<b>Hinterbliebenenrenten des/der Beihilfeberechtigten</b>		
aus der gesetzlichen Rentenversicherung	( )	( ) _____ €
aus der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes	( )	( ) _____ €
aus einer betrieblichen Zusatzversorgung	( )	( ) _____ €
<b>Sonstige Einkünfte des/der Beihilfeberechtigten</b>		
Erwerbseinkommen	( )	( ) _____ €
_____	( )	( ) _____ €

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

<b>Eigene Renten des Ehegatten</b>	nein	ja, in Höhe von
aus der gesetzlichen Rentenversicherung	( )	( ) _____ €
aus der Zusatzversicherung des öffentlichen Dienstes	( )	( ) _____ €
aus einer betrieblichen Zusatzversorgung	( )	( ) _____ €
<b>Hinterbliebenenrenten des Ehegatten</b>		
aus der gesetzlichen Rentenversicherung	( )	( ) _____ €
aus der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes	( )	( ) _____ €
aus einer betrieblichen Zusatzversorgung	( )	( ) _____ €
<b>Weitere Einkünfte des Ehegatten</b>		
Erwerbseinkommen	( )	( ) _____ €
Lohnersatzleistungen (z. B. Arbeitslosengeld)	( )	( ) _____ €
Sonstige Einkünfte	( )	( ) _____ €

**Zu den Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit stehen folgende Leistungen zu:**

	ja	nein
- von der privaten Krankenversicherung	( )	( )
- von der gesetzlichen Krankenversicherung	( )	( )
- aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften z. B. Bundesversorgungsgesetz	( )	( )
- von der privaten Pflegeversicherung	( )	( )
- von der sozialen Pflegekasse	( )	( )

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der vor-/umstehenden Angaben wird versichert.  
Einkünfte im o. g. Sinne sind stets die erzielten Bruttoeinkünfte.

**Die erforderlichen Nachweise sind nach neuestem Stand beigelegt. Änderungen in der Art oder Höhe der vorgenannten Einkünfte werde ich unverzüglich und unaufgefordert anzeigen.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift