

**Antrag auf Zahlung eines Zuschusses zu den
Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung während der Pflegezeit**

Zutreffendes bitte ankreuzen
oder ausfüllen

1. Person in Pflegezeit

Familiennamen Vorname Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) Rufnummer

Dauer der Pflegezeit vom bis

Steuer-Identifikationsnummer (zwingend erforderlich)

2. Beihilfeberechtigte Person

Familiennamen Vorname Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) Rufnummer

3. Pflegebedürftige Person

Beihilfeberechtigte Person Ehegattin/Lebenspartnerin Kind
Ehegatte/Lebenspartner Vorname:

4. Beitrag während der Pflegezeit

Name der Krankenkasse oder des Versicherungsunternehmens

Monatsbeitrag Monatsbeitrag Familienversicherung
Krankenversicherung in € Pflegeversicherung in € möglich
o ja o nein

Bestätigung der Krankenversicherung bzw. Krankenkasse

5. Bankverbindung

Kreditinstitut IBAN BIC

6. Erklärung

Mir ist bekannt, dass ich Änderungen unverzüglich anzuzeigen habe und dass die Zuschüsse ganz oder anteilig zurückzuzahlen sind, falls sie die Höhe der gezahlten Beiträge übersteigen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller