



Ausfüllhilfe Anlage Pflege (Anlage 7)

Bitte verwenden Sie für jede pflegebedürftige Person eine eigene Anlage Pflege.

Bei Fragen sind wir telefonisch für Sie erreichbar:	
Montag bis Freitag 7:00 Uhr – 16.00 Uhr	 0211/6023-06
Weitere interessante Informationen rund um die Pflege finden Sie auf unserer Internetseite unter:	
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Allgemeines zum Thema Pflege ✓ Häusliche Pflege ✓ Vollstationäre Pflege ✓ Abschlagszahlungen zu pflegebedingten Aufwendungen ✓ Weitere Informationen, Merkblätter und Vordrucke zum Thema Pflege und anderen Beihilfethemen
Die Anlage Pflege wird benötigt, wenn Sie Leistungen zu Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit beantragen wollen:	
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pflegepauschale (häusliche Pflege durch eine selbst beschaffte Pflegeperson) ✓ Pflegesachleistung (häusliche Pflege durch einen Pflegedienst) ✓ Kombinationspflege (häusliche Pflege durch eine Pflegeperson und einen Pflegedienst) ✓ Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege) ✓ Wohngruppenzuschlag ✓ Hilfsmittel, soweit Sie von der Pflegeversicherung als Pflegehilfsmittel anerkannt wurden, wie z.B. Hausnotrufsysteme. ✓ Verhinderungspflege/ Kurzzeitpflege ✓ Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen ✓ Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes ✓ Kosten für die Pflege und Betreuung in einer Einrichtung der Behindertenhilfe ✓ Aufwendungen für vollstationäre Pflege ✓ Unterstützungsangebote im Alltag
Bitte beachten Sie:	
	✓ Die Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb von 24 Monaten nach Rechnungsdatum beantragt wird (§ 13 Abs. 3 der Beihilfeverordnung des Landes Nordrhein-Westfalen (BVO NRW)).
	✓ Eine Einreichung Ihres Beihilfeantrages auf elektronischem Wege ist nur per zertifizierter DE-Mail oder Beihilfe-App möglich.
	✓ Ärztlich verordnete Behandlungspflege umfasst ausschließlich medizinische Leistungen (z.B. Verbandwechsel oder Medikamentengabe) und zählt daher nicht zu den Leistungen der Pflege.
	✓ Ärztlich verordnete Hilfsmittel zählen zu krankheitsbedingten Aufwendungen. Behandlungspflege und ärztlich verordnete Hilfsmittel beantragen Sie bitte separat mit dem Kurzantrag auf Zahlung einer Beihilfe (Anlage 6)
	✓ Die Pflegepauschale wird ohne Vorlage von Rechnungen gezahlt. Bei Unterbrechung der Pflege von mehr als vier Wochen wird die Pflegepauschale gekürzt.
✓ Alle sonstigen Pflegeleistungen sind unter Vorlage von Rechnungen geltend zu machen. Fügen Sie dem Antrag Kopien von Rechnungen und ggf. Bescheinigungen der Pflegeversicherung bei. Reichen Sie bitte keine Originale ein, diese werden nicht zurückgesandt.	



	Ausfüllhilfe zur Anlage „Pflege“ Hinweise zu den einzelnen Punkten im Vordruck	
Anlage 7		
Anlage „Pflege“ P		
Aufwendungen für dauernde Pflege zum Beihilfeantrag der/des Name, Vorname _____ vom _____ TT.MM.JJJJ		
Mit vorgenanntem Beihilfeantrag werden ausschließlich Pflegeaufwendungen nach §§ 5 ff. BVO NRW geltend gemacht. (Bitte stellen Sie für andere Aufwendungen als Pflegeaufwendungen einen gesonderten Antrag .)		
	Tragen Sie hier bitte die beihilfeberechtigte Person ein und das Datum des Beihilfeantrags.	
Antrag auf Zahlung eines Abschlags		
Ich beantrage ab dem Monat _____ die Zahlung eines monatlichen Abschlags auf die zu erwartenden Kosten:		
<input type="checkbox"/> der stationären Pflege, <input type="checkbox"/> des Wohngruppenzuschlags oder <input type="checkbox"/> der ambulanten Pflege durch selbst beschaffte Pflegekräfte (Pflegegeld).		
Die Unterbrechungszeiten im vorangegangenen Abschlagszeitraum habe ich unter Punkt 2a oder 2b aufgeführt.		
	Abschlagszahlungen werden i.d. R. für einen Zeitraum von 6 Monaten bewilligt. Wählen Sie bitte die gewünschte Abschlagsart durch Ankreuzen. Über die Zahlungsaufnahme erhalten Sie einen gesonderten Bescheid . Erst nach Ablauf der Abschlagszahlungen wird ein Beihilfeantrag benötigt. Unterbrechungszeiten in der Pflege wie Krankenhausaufenthalt oder Rehabilitationsmaßnahmen sind zur Berücksichtigung bei der Abrechnung entsprechend unter Punkt 2a oder 2b einzutragen .	
1. Angaben zur Pflegeversicherung		
	In der privaten Pflegeversicherung	In der sozialen Pflegeversicherung
Versicherte Person	Mitglied	Familienversichert über
Antragsteller/in (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegatte/Ehegattin/ eingetragene/r Lebenspartner/in (E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (A)
Kind 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (E)
Kind 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (E)
	Kreuzen Sie das erste Kästchen an, wenn die pflegebedürftige Person privat versichert ist. Wenn die pflegebedürftige Person gesetzlich oder freiwillig versichert ist, machen Sie das Kreuz in der zweiten Spalte.	



2. Angaben zu Pflegeleistungen			
Pflegebedürftige Person (Bitte gesonderte Anlage „Pflege“ je pflegebedürftiger Person ausfüllen.)			
Name, Vorname		Pflegegrad	
		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Einstufungs- bzw. Bewilligungsbescheid der Pflegeversicherung (nur bei erstmaliger Beantragung von Beihilfe zu Pflegeleistungen oder bei Änderungen erforderlich)		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt vor	
Häusliche Pflege	Stationäre Pflege	Ambulante Wohngruppe	Sonstige Leistungen
<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Wohngruppenzuschlag	<input type="checkbox"/> Unterstützungs- und Entlastungsleistungen
<input type="checkbox"/> Pflegeperson	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> Wohnumfeldverbesserung	<input type="checkbox"/> Ersatzpflege/Verhinderungspflege
<input type="checkbox"/> Kombination	<input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege	<input type="checkbox"/> Anschubfinanzierung	<input type="checkbox"/>
Rechnungen über Unterstützungsangebote im Alltag bitte ich			
<input type="checkbox"/> nach § 45a SGB XI in Pflegesachleistungen umzuwandeln <input type="checkbox"/> aus dem Budget des Entlastungsbetrages abzurechnen			
	<p>Bei der ersten Beantragung oder Änderungen sind der Pflegegrad, die Art der Pflegeleistungen und der Beginn der Einstufung durch den Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung nachzuweisen. Die Angaben entnehmen Sie bitte dem Bescheid der Pflegeversicherung. Machen Sie durch Ankreuzen kenntlich, welche Leistungen abgerechnet werden sollen. Bei Aufwendungen für eine Kurzzeit-/verhinderungspflege fügen Sie den Rechnungen bitte die Leistungsabrechnung der Pflegeversicherung bei.</p> <p>Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung sind erst nach Bewilligung der Pflegeversicherung beihilfefähig. Daher fügen Sie bitte den Leistungsnachweis der Pflegeversicherung bei.</p> <p>Pflegehilfsmittel müssen hier nicht gesondert aufgeführt werden. Es genügt, wenn Sie dem Antrag die Rechnung und den Erstattungsnachweis der Pflegeversicherung beifügen.</p> <p>Bei Rechnungen über Unterstützungsangebote im Alltag kann eine Erstattung über den Entlastungsbetrag erfolgen oder über die Umwandlung in Pflegesachleistungen. Bitte geben Sie an, wie wir die Abrechnung vornehmen sollen.</p>		
2a. Bei häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en):	Dauer der Pflege (ggf. je Pflegeperson): _____ Stunden/Woche	
	Dauer der Pflege (Antragszeitraum)	vom _____ bis _____	
Unterbrechung der Pflege wegen			
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt der pflegebedürftigen Person	vom _____ bis _____		
<input type="checkbox"/> Stat. Rehabilitationsmaßnahme der pflegebedürftigen Person	vom _____ bis _____		
<input type="checkbox"/> Urlaub der pflegebedürftigen Person	vom _____ bis _____		
<input type="checkbox"/> Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson	vom _____ bis _____		
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege der pflegebedürftigen Person	vom _____ bis _____		
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege der pflegebedürftigen Person	vom _____ bis _____		
<input type="checkbox"/> ganztägig (mehr als 8 Stunden/Tag)	Anzahl Tage: _____		
<input type="checkbox"/> stundenweise (bis zu 8 Stunden/Tag)	Anzahl Tage: _____		
<input type="checkbox"/> Teilstationärer Pflege der pflegebedürftigen Person	vom _____ bis _____		
	Anzahl Tage: _____		



<p>2b. Bei vollstationärer Pflege</p>	<p>Dauer der vollstationären Pflege (Antragszeitraum) Unterbrechung der vollstationären Pflege wegen <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> Stat. Rehabilitationsmaßnahme <input type="checkbox"/> Urlaub Abrechnung / ggf. Neuberechnung der Heimkosten unter Berücksichtigung dieser Abwesenheitszeiten</p>	<table border="1"> <tr> <td>vom</td> <td>bis</td> </tr> <tr> <td>vom</td> <td>bis</td> </tr> <tr> <td>vom</td> <td>bis</td> </tr> <tr> <td>vom</td> <td>bis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> liegt bei</td> <td><input type="checkbox"/> wird nachgereicht</td> </tr> </table>	vom	bis	vom	bis	vom	bis	vom	bis	<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht		
vom	bis													
vom	bis													
vom	bis													
vom	bis													
<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht													
	<p>2a. bei häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen oder 2b. bei vollstationärer Pflege tragen Sie jeweils den zurückliegenden Zeitraum ein, für den noch kein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt wurde. Bei erstmaliger Antragstellung tragen Sie den Zeitraum ab Beginn der Einstufung bis zum Ende des vorausgegangenen Monats ein. Bei der Abrechnung von Abschlagszahlungen ist der bewilligte Zeitraum einzutragen, also in der Regel die vergangenen 6 Monate. Zur korrekten Festsetzung der Beihilfe brauchen wir Angaben über eventuelle Unterbrechungszeiten bei der häuslichen und vollstationären Pflege. Bitte entsprechende Zeiten eintragen.</p>													
<p>nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen</p>	<p>Bei Beantragung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bitte Nachweise über die Bezüge, Renten usw. beifügen. Angaben über die Bezüge des/der Ehegatten/Ehegattin / eingetragenen Lebenspartners/ Lebenspartnerin sind nur erforderlich, wenn diese/r stationär gepflegt wird.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Antragsteller/in</th> <th>Ehegatte/Ehegattin/ eingetragene/r Lebenspartner/in</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto, ohne sonstige variable Bezügebestandteile)</td> <td>€</td> <td>€</td> </tr> <tr> <td>Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- / Hinterbliebenenversorgung</td> <td>€</td> <td>€</td> </tr> <tr> <td>Arbeitsentgelt / Lohnersatzleistung</td> <td>€</td> <td>€</td> </tr> </tbody> </table>			Antragsteller/in	Ehegatte/Ehegattin/ eingetragene/r Lebenspartner/in	Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto, ohne sonstige variable Bezügebestandteile)	€	€	Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- / Hinterbliebenenversorgung	€	€	Arbeitsentgelt / Lohnersatzleistung	€	€
	Antragsteller/in	Ehegatte/Ehegattin/ eingetragene/r Lebenspartner/in												
Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto, ohne sonstige variable Bezügebestandteile)	€	€												
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- / Hinterbliebenenversorgung	€	€												
Arbeitsentgelt / Lohnersatzleistung	€	€												
	<p>Zur Prüfung, ob bei vollstationärer Pflege eine Beihilfe zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie zu den Investitionskosten gezahlt werden kann, sind Angaben über das monatliche Einkommen erforderlich. Diese umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ (Brutto-)Dienst-oder Versorgungsbezüge ✓ Renten aus der gesetzl. Rentenversicherung (ohne Beitragszuschüsse zur Krankenversicherung) ✓ Einkünfte aus Alters- oder Hinterbliebenenversorgung) ✓ das Erwerbseinkommen der beihilfeberechtigten Person sonstige Einkünfte (z.B. ausländische Renten) <p>Die entsprechenden Nachweise (z.B. Rentenbescheide) sind dem Antrag beizufügen. Änderungen sind zeitnah anzuzeigen.</p>													



<p>Leistungs- zuschlag zum Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten nach § 43c SGB XI (ab 01.01.2022) nur auszufüllen bei Pflegegrad 2 bis 5</p>	<p>Sie erhalten von der Pflege- versicherung einen Leistungs- zuschlag zu dem Ihnen verbleibenden Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten (Pflege- und Ausbildungskosten). Bitte ergänzen Sie nebenstehende erforderliche Angaben.</p>	<p>Leistungszuschlag ab Datum: _____ Leistungszuschlag in Prozent: _____ % Leistungszuschlag monatlicher Betrag: _____ € Bitte Nachweis der Pflegeversicherung bei erstmaligem Leistungszuschlag und bei Änderungen beifügen! (Der Leistungszuschlag ändert sich mit zunehmender Dauer des Heimaufenthalts oder bei geänderten Pflegekosten.)</p>
	<p>Ab 01.01.2022 erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5 in vollstationärer Langzeitpflege einen Leistungszuschlag der Pflegeversicherung zum Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten. Die Höhe dieses Zuschlages wird zur korrekten Berechnung der zustehenden Beihilfe benötigt.</p>	
<p>Pflegewohn- geld</p>	<p>Wurde Pflegewohngeld beantragt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wurde das bezogene Wohngeld bereits unmittelbar bei den Investitionskosten berücksichtigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bitte Bestätigung des Pflegeheims beifügen!</p>	<p>Bewilligung ab: _____ Monatlicher Betrag: _____ €</p>
	<p>Das Pflegewohngeld ist eine Leistung zu den Investitionskosten, die im Bedarfsfall durch die Pflegeeinrichtung bei der zuständigen Gemeinde beantragt wird und an das jeweilige Pflegeheim gezahlt wird. Nähere Einzelheiten können Sie bei Ihrer Pflegeeinrichtung erfahren.</p>	