



# ANTRAG

auf Gewährung einer Beihilfe  
zu Aufwendungen für dauernde Pflege  
Der Antrag ist sorgfältig auszufüllen  
Zutreffendes bitte ankreuzen

Fax-Nr.: 0681- 501 - 6214

0 2 8 3



**Landesamt für Zentrale Dienste (LZD)**  
**- Zentrale Beihilfestelle -**  
**Postfach 10 22 44**  
**66022 Saarbrücken**

--	--	--	--	--	--	--	--

**Korrektureingabe der Beihilfestelle  
bitte nicht ausfüllen**

1.	Name, Vorname						Geburtsdatum	
	Anschrift						Telefon	
	(letzte) Dienststelle			8-stellige Personalnummer				im Ruhestand seit

2.	<input type="checkbox"/> Antrag auf Pflegegeldabschlag bei häuslicher Pflege für 6 Monate von	bis
----	---	-----

3.	Gab es im Abrechnungszeitraum Unterbrechungen wegen Abwesenheit der gepflegten Person		
	<input type="checkbox"/> Nein		
	<input type="checkbox"/> Ja, Unterbrechung der Pflege wegen: vom bis		
	<input type="checkbox"/>	Krankenhausaufenthalt	
	<input type="checkbox"/>	Sanatoriums-/ Kuraufenthalt	
	<input type="checkbox"/>	Urlaub	

4.	Hat sich die bisherige <b>Pflegestufe</b> oder die <b>Leistungsart</b> geändert?	
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann weiter unter Nr. 10 des Beihilfeantrages. Bitte den neuen Einstufungsbescheid dem Antrag beifügen.	

Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlagen für die Beihilfegewährung sind und dass auch nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sowie weitere Kostenerstattungen sofort der Beihilfestelle anzuzeigen sind. Mir ist ebenfalls bekannt, dass ich verpflichtet bin, den Wegfall von Kindergeld bzw. der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag sofort anzuzeigen und die Beihilfe für meine/n Ehegatten/in/ Lebenspartner/in zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe der Einkünfte unzutreffend sind oder nachträglich erhöht wurden (z.B. durch Feststellung des Finanzamtes). Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Ort	Unterschrift der antragstellenden Person
Datum:	<b>Wichtig !</b>

Bei erstmaliger Antragstellung

➡ Bitte alle Fragen beantworten

Bei wiederholter Antragstellung

➡ Haben sich Änderungen bei den Fragen Nr. 4 bis 13 gegenüber den Angaben im letzten Antrag ergeben?

nein, dann weiter bei Nr. 14

ja, dann alle Fragen von Nr. 4 bis Nr.14 nochmals beantworten, insbesondere die Frage Nr. 4 (Nachweis!)

5.	im öffentlichen Dienst seit	vollbeschäftigt <input type="checkbox"/>	teilzeitbeschäftigt <input type="checkbox"/>	ohne Dienstbezüge beurlaubt von - bis

6.	Familienstand	ledig <input type="checkbox"/>	verheiratet/ verpartnert seit	geschieden/ verwitwet seit
	Name des Ehegatten/ der Ehegattin/ des Lebenspartners/ der Lebenspartnerin			Geburtsdatum

7.	Antragsteller/ in, Ehegatte/in/ Lebenspartner/in und Kinder sind wie folgt gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert:								
		nicht versichert	Privat versichert bei	In der sozialen Pflegeversicherung			Zuschuss eines Arbeitgebers zum Pflegeversicherungsbeitrag nach § 61 SGB IX stand zu:		
				pflicht-versichert bei	weiter-versichert bei	familien-versichert bei	für die Zeit		zustehender Zuschuss im Antragsmonat Euro
	von	bis							
	Antragsteller/in (A)								
	Ehegatte/in (E) Lebenspartner/in (L)								
	1. Kind								
	2. Kind								
3. Kind									
4. Kind									

8.	Erhalten Sie oder ein/e berücksichtigungsfähige/r Angehörige/r eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung?
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ( bitte aktuellen Rentenbescheid beifügen)

9.	Besteht eine sonstige eigene Beihilfeberechtigung für Sie oder Ihre Angehörigen?			
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, aufgrund		
	<input type="checkbox"/> einer beamtenrechtlichen Versorgung	wer?		
	<input type="checkbox"/> eines Beschäftigungsverhältnisses im öff. Dienst	wer?		
	<input type="checkbox"/> eines Beschäftigungsverhältnisses bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen usw.	wer?		
	<input type="checkbox"/> eines Abgeordnetenverhältnisses	wer?		
	<input type="checkbox"/> als Beamter/ Beamtin	<input type="checkbox"/> als Arbeitnehmer/ in	<input type="checkbox"/> als Abgeordnete/r	<input type="checkbox"/> als Versorgungsempfänger/ in
gegenüber wem:			seit wann:	

10.	Ist ein/e Angehörige/r bei einem/ einer anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?			
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wer:	bei wem:

11.	Nur ausfüllen, wenn die antragstellende Person oder ein/e Angehörige/r Rentenempfänger/in ist.	Person	Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993?		Falls nein: Beteiligt sich der Rentenversicherungsträger am Krankenversicherungsbeitrag oder am Pflegeversicherungsbeitrag?		
					Falls ja: Höhe des zustehenden Anteils im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen		
		Antragsteller/in	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Euro
		Eheg./in/ Lebensp./in	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Euro
	Kind	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Euro	

12.	Nur ausfüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen	Pflegebedürftige Person:		Pflegebedürftige Person:			
		Festgestellte Pflegestufe:		Festgestellte Pflegestufe:			
		<b>Notwendige Dauer der Pflege</b>					
		Stunden pro Woche:			Stunden pro Woche:		
		Pflege erfolgt durch:			Pflege erfolgt durch:		
		<input type="checkbox"/> Pflegedienst			<input type="checkbox"/> Pflegedienst		
		<input type="checkbox"/> Pflegeperson			<input type="checkbox"/> Pflegeperson		
		<input type="checkbox"/> Tages-/ Nachtpflegeheim			<input type="checkbox"/> Tages-/ Nachtpflegeheim		
		<input type="checkbox"/> Kombination			<input type="checkbox"/> Kombination		
		<input type="checkbox"/> stationäre Pflege			<input type="checkbox"/> stationäre Pflege		
<b>Bitte Mitteilungen der Pflegeversicherung beifügen!</b>							

13.	Nur ausfüllen bei häuslicher Pflege durch Pflegepersonen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen	Bitte Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldungen zur Rentenversicherung der Pflegeperson beifügen!			
		Unterbrechung der Pflege wegen:		vom	bis
		<input type="checkbox"/>	Krankenhausaufenthalt		
		<input type="checkbox"/>	Sanatoriums-/ Kuraufenthalt		
		<input type="checkbox"/>	Urlaub		
	<input type="checkbox"/>	Urlaub der Pflegeperson			

14.	Nur ausfüllen, wenn die <b>Aufwendungen</b> für die <b>Ehegatten/in</b> den eingetr. Lebenspartner/in geltend gemacht werden.	Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) des Ehegatten/in/ Lebenspartner/in im zweiten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrages den Betrag von 16.000 Euro? <input type="checkbox"/> Nein	
		Bitte Nachweis beifügen - Angaben sind dem Steuerbescheid zu entnehmen. <input type="checkbox"/> Ja	
		Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich unterschreiten? <input type="checkbox"/> Nein	
		<input type="checkbox"/> Ja	

<b>Es ist ein Abschlag gewährt worden durch Bescheid vom</b>		<b>i.H.v.</b>		<b>Euro.</b>
--	--	---------------	--	--------------

Die Überweisung erfolgt auf das Bezügekonto. Nur in besonders begründeten Ausnahmefällen kann die Beihilfe auf ein anderes Konto überwiesen werden.

**Wichtige Hinweise zu Seite 4**

**1) Bitte Aufwendungen nach Personen ordnen und eintragen**

**2) Bitte Rechnungen und Belege einzeln eintragen**

Beleg Nr.	▶ A = Antragsteller E = Ehegatte/in L = Lebensp. Kind = Vorn	Datum der Rechnung/ Verordnung	Art der Leistung	Rechnungsbetrag		Leistungen der Pflegeversicherung		Bem.
				€	ct.	%	€	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Vollstationäre Pflege</b>								
<b>Ambulante Pflege</b>								
<b>Pflegepauschale</b>								
<b>Pflegehilfsmittel</b>								
<b>Gesamtsumme der Aufwendungen</b>								

**Datenschutzhinweis gemäß Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung**  
 Ihre Daten werden von der ZBS zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der  
 Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere  
 Informationen können Sie im Internet unter <https://www.saarland.de/236427.htm> abrufen.  
 Die/ den behördliche/n Datenschutzbeauftragte/n des Landesamtes für Zentrale Dienste,  
 erreichen Sie unter: Datenschutzbeauftragte Landesamt für Zentrale Dienste, Virchowstraße 7,  
 66119 Saarbrücken, [Datenschutz-LZD@finanzen.saarland.de](mailto:Datenschutz-LZD@finanzen.saarland.de) , Telefon: 0681/501-2428.