

P

Gemeinsame Versorgungskasse
Abteilung Beihilfe
Postfach 10 41 62
44041 Dortmund

Beihilfe-Nr.:

Antragsteller/in Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer dienstlich/privat (freiwillige Angabe)

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

**Bitte keine Originalbelege beifügen und die
Kopien nicht klammern oder heften**

Bitte verwenden Sie den Pflegeantrag ausschließlich, wenn Sie pflegebedingte Aufwendungen geltend machen wollen.

Änderungen insbesondere der nachstehenden Sachverhalte

- Bankverbindung
- Beitragszuschüsse – Rentenbezug (auch [Halb-]Waisenrente)
- Einkünfte des Ehegatten
- Familienstand, Familienzuschlag
- Anschrift
- Unfällen oder Verletzungen
- Ausbildungs-, Beschäftigungs- und Versicherungsverhältnis
- Beurlaubungen

teilen Sie uns bitte einschließlich **Nachweis(en) formlos als Anlage** zu diesem Antrag mit.

Datum

Unterschrift

Gesamtbetrag
der Aufwendungen

€

Hinweis:

Wir bitten die Behandlungspflege (z. B. Injektionen, Kompressionsstrümpfe wechseln, Verbände anlegen, Wundpflege, Medikamente richten etc.) mit dem regulären Antrag einzureichen, da es sich hierbei um reine Krankheitskosten handelt (erkennbar ist dies an einer zwingend im Vorfeld erstellten ärztlichen Verordnung).

Jede Änderung der Pflegeart/des Pflegegrades muss schriftlich in Form der Anerkennung der Versicherung mitgeteilt werden!



1. Festsetzung einer Beihilfe

Ich beantrage eine Beihilfe für	<input type="checkbox"/> A (Antragsteller)	<input type="checkbox"/> E (Ehegatte)	<input type="checkbox"/> K (Kind)
---------------------------------	--	---------------------------------------	-----------------------------------

2. Angaben zur Pflegeversicherung

(Bitte für jede pflegebedürftige Person jeweils einen Antrag ausfüllen)

Name, Vorname (pflegebedürftige Person)		Pflegegrad				
		<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> V
Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung (nur bei erstmaliger Beantragung von Beihilfe zu Pflegeleistungen oder Änderungen erforderlich)					<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	
Häusliche Pflege	Stationäre Pflege	Ambulant betreute Wohngruppe		Ersatzpflege		
<input type="checkbox"/> Pflegeperson <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Kombination	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege <input type="checkbox"/> Behindertenhilfe	<input type="checkbox"/> Wohngruppenzuschlag <input type="checkbox"/> Anschubfinanzierung		<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege (auch stundenweise)		

3. Antrag auf Zahlung eines Pflegeabschlages

Hiermit beantrage ich die Zahlung eines monatlichen Abschlags zu den erwartenden Kosten der ambulanten Pflege durch selbst beschaffte Pflegekräfte (Pflegepauschale).

Sonstiges

<input type="checkbox"/> Pflegeberatung*	<input type="checkbox"/> Betreuungs-/und Entlastungsleistungen	<input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel**	<input type="checkbox"/> Hausnotruf	<input type="checkbox"/> Wohnumfeldverbesserung**
--	--	--	-------------------------------------	---

bei häuslicher Pflege (Pflegegeld und Kombinationspflege) 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	vom _____ bis _____
	<input type="checkbox"/> Stat. Rehabilitationsmaßnahme	vom _____ bis _____
<input type="checkbox"/> Urlaub der pflegebedürftigen Person	vom _____ bis _____	
<input type="checkbox"/> Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson	vom _____ bis _____	

bei vollstationärer Pflege (Nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen). Bitte Nachweise beifügen.	Bei Beantragung von Aufwendungen für Unterkunft/Verpflegung und Investitionskosten bitte angeben und Nachweise über die Bezüge, Renten usw. beifügen (Angaben über die Bezüge des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners sind nur erforderlich, wenn er stationär gepflegt wird).	Antragsteller	Ehegatte/eingetragener Lebenspartner
	Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto, ohne kinderbezogene Teile im Familienzuschlag)	€	€
	Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- und Hinterbliebenenversorgung	€	€
	Betriebliche Zusatzversorgung / Rente	€	€

*Pflegeberatung: Nachweis des Beratungseinsatzes ist beizufügen.

**Pflegehilfsmittel/Wohnumfeldverbesserung: Erstattungsnachweis der Versicherung ist beizufügen

Erklärung:

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sowie den nachträglichen Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag sofort der Beihilfestelle anzuzeigen habe.

Die Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung erhoben (§§ 3 und 12 BVO). Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt unter Einhaltung des Kirchengesetzes über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland (DSG-EKD).