

Beihilfe-Nr.

Name, Vorname, ggf. Geburtsname	Geburtsdatum
Anschrift	

Einkommenserklärung bei stationärer Pflege wegen Berechnung des Eigenanteils

(X) Zutreffendes bitte ausfüllen bzw. ankreuzen.

1	Neben den von der VKPB gezahlten Versorgungsbezügen erhalte ich keine weiteren Versorgungsbezüge und keine Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung sowie aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung für Angehörige des öffentlichen Dienstes.	() nein () ja
----------	---	----------------------

2	Neben den von der VKPB gezahlten Versorgungsbezügen erhalte ich weitere beamtenrechtliche Versorgungsbezüge . Wenn ja, von welcher Stelle: _____	() nein () ja
	Aktenzeichen _____	

3	Ich habe neben den von der VKPB gezahlten Versorgungsbezügen folgende weitere Einkünfte (Einkünfte bezeichnen stets die erzielten Bruttoeinkünfte).		
	Eigene Renten des/der Beihilfeberechtigten	nein ja,	in Höhe von
	→ aus der gesetzlichen Rentenversicherung	() ()	_____ EUR
	→ aus der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes	() ()	_____ EUR
	→ aus einer betrieblichen Zusatzversorgung	() ()	_____ EUR
	Hinterbliebenenrenten des/der Beihilfeberechtigten		
	→ aus der gesetzlichen Rentenversicherung	() ()	_____ EUR
	→ aus der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes	() ()	_____ EUR
	→ aus einer betrieblichen Zusatzversorgung	() ()	_____ EUR
	Sonstige Einkünfte des/der Beihilfeberechtigten		
	→ Erwerbseinkommen	() ()	_____ EUR
	→ _____	() ()	_____ EUR

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

4	Eigene Renten des Ehegatten	nein	ja,	in Höhe von	
	→ aus der gesetzlichen Rentenversicherung	()	()	_____	EUR
	→ aus der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes	()	()	_____	EUR
	→ aus einer betrieblichen Zusatzversorgung	()	()	_____	EUR
	Hinterbliebenenrenten des Ehegatten				
	→ aus der gesetzlichen Rentenversicherung	()	()	_____	EUR
	→ aus der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes	()	()	_____	EUR
	→ aus einer betrieblichen Zusatzversorgung	()	()	_____	EUR
	Weitere Einkünfte des Ehegatten				
	→ Erwerbseinkommen	()	()	_____	EUR
	→ Lohnersatzleistungen (z. B. Arbeitslosengeld)	()	()	_____	EUR
	→ Sonstige Einkünfte	()	()	_____	EUR

5	Zu den Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit stehen folgende Leistungen zu:	nein	ja,	ggf. in Höhe von	
	→ von der privaten Krankenversicherung	()	()	_____	EUR
	→ von der gesetzlichen Krankenversicherung	()	()	_____	EUR
	→ auf Grund von sonstigen Rechtsvorschriften, z. B. Bundesversorgungsgesetz	()	()	_____	EUR
	→ von der privaten Pflegeversicherung	()	()	_____	EUR
	→ von der sozialen Pflegekasse	()	()	_____	EUR
	→ aus einer betrieblichen Zusatzversorgung	()	()	_____	EUR
	→ Pflegegeld	()	()	_____	EUR
	wenn nein, wurde Pflegegeld beantragt?	()	()		

Die erforderlichen Belege, Unterlagen, Rentenmitteilungen usw. nach neuestem Stand habe ich beigefügt.

Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind.

Änderungen in der Art oder Höhe der vorgenannten Einkünfte werde ich unverzüglich und unaufgefordert anzeigen.

(Ort und Datum) _____ (Unterschrift des/der Beihilfeberechtigten)