

Antrag auf Beihilfe mit Direktabrechnung bei vollstationärer Pflege in einer Pflegeeinrichtung

(nicht umfasst sind Kurzzeit- und Verhinderungspflege, auch wenn diese in einer vollstationären Pflegeeinrichtung erbracht werden)

Absender (Pflegeeinrichtung)

Dieser Antrag ermächtigt die Beihilfestelle, die Beihilfe unmittelbar an die stationäre Pflegeeinrichtung oder den/die Rechnungssteller/in zu zahlen. Er stellt keine Abtretung des Beihilfeanspruchs dar.

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

Landesamt für Besoldung und
Versorgung Baden-Württemberg
Beihilfe
70730 Fellbach

Personalnummer
Beihilfeberechtigte/r

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

Arbeitsgebiet

/							
---	--	--	--	--	--	--	--

Name, Vorname
Beihilfeberechtigte/r

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

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

Von der/dem Beihilfeberechtigten zu beachten und vollständig auszufüllen

(sofern Sie eine der nachfolgenden Erklärungen mit „Ja“ beantworten, ist eine Direktabrechnung nicht möglich)

Hat sich seit dem letzten Beihilfeantrag **mindestens einer der folgenden Sachverhalte verändert?**

- Ausbildungs-, Dienst- und Beschäftigungsverhältnis, Versorgung, Beurlaubung,
- Familienstand, Anzahl der im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder,
- Krankenversicherungsschutz,
- anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von berücksichtigungsfähigen Angehörigen, soweit hier relevant),
- Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil,
- meine Einkünfte oder Einkünfte der/des Ehegattin/Ehegatten oder der/des Lebenspartnerin/Lebenspartners (soweit hier relevant),
- Anschrift.

ja:
Es haben sich Änderungen bei mind. einem der angeführten Sachverhalte ergeben.

nein:
Es haben sich keine Änderungen bei den angeführten Sachverhalten ergeben.

Weitere Erklärungen:

- Anderweitige Ansprüche (z.B. Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe nach Bundesversorgungs-, Opferentschädigungs- oder Entwicklungshelfergesetz) stehen zu?
- Arbeits-, Kindergarten-, Studiums-, Dienst- oder Schulunfall liegt vor?
Bei allen anderen Unfällen ist eine Unfallschilderung beizulegen oder der Beihilfestelle nachzureichen.

ja nein

ja nein

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Ich ermächtige die Pflegeeinrichtung, direkt mit der Beihilfestelle abzurechnen. Ich bin damit einverstanden, dass die ausschließlich für die Beihilfeabrechnung erforderlichen Daten übermittelt werden und dass die Beihilfestelle Rückfragen zur Abrechnung direkt mit der stationären Einrichtung klärt. Ich entbinde die Beihilfestelle und die behandelnden Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht. Für die Begleichung der nicht beihilfefähigen Aufwendungen bleibe ich selbst verantwortlich. Ich bin damit einverstanden, dass etwaige Überzahlungen verrechnet werden können.

Ort, Datum und Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten oder einer zur Antragstellung bevollmächtigten Person

LBV 302c - 04/17

Bitte wenden. Angaben der Pflegeeinrichtung auf der Rückseite notwendig →

Von der vollstationären Pflegeeinrichtung zu beachten

- Eine Direktabrechnung ist ausgeschlossen, wenn die/der Beihilfeberechtigte bzw. die/der Bevollmächtigte eine Erklärung auf Seite 1 mit „Ja“ beantwortet hat.
- Sollte keine Direktabrechnung erfolgen können, werden Sie zeitnah nach Rechnungseingang darüber informiert. Bitte wenden Sie sich in diesem Fall wegen der Begleichung der Rechnung direkt an die pflegebedürftige/bevollmächtigte Person.
- Bitte senden Sie der pflegebedürftigen/bevollmächtigen Person immer eine Rechnung zu.
- Bitte fordern Sie nicht erstattete Rechnungsanteile direkt bei der pflegebedürftigen/bevollmächtigen Person an.
- **Die vollstationäre Pflegeeinrichtung verpflichtet sich, spätestens mit der Rechnung für den übernächsten Monat, bei etwaigen Unterbrechungszeiten oder sonstigen Änderungen korrigierte Rechnungen vorzulegen. Sich ergebende Überzahlungen werden verrechnet.**

Von der vollstationären Pflegeeinrichtung auszufüllen

Telefonnummer für Rückfragen

Name, Vorname, Geburtsdatum
pflegebedürftige Person

Pflegegrad

Pflegegrad 1

(bei Änderung des Pflegegrades bitte
geänderten Einstufungsbescheid beifügen)

Pflegegrad 2

Pflegegrad 3

Pflegegrad 4

Pflegegrad 5

Datum, Unterschrift, Stempel der Pflegeeinrichtung

Bitte Rechnungskopie(n) beifügen!

Bitte legen Sie diesem Antrag eine **Gesamtrechnung** über alle im Abrechnungszeitraum angefallenen Aufwendungen (Pflegeleistungen, Unterkunfts- und Verpflegungskosten etc.) bei. Eine Direktabrechnung lediglich des Höchstbetrags nach dem SGB XI ist nicht möglich.

Anlagen: Rechnungskopie(n)