



**Bestätigung über die Ausführung häuslicher Dauerpflege und Antrag auf Pauschalbeihilfe nach § 9 Abs. 4 BVO**

**Hinweise:**

1. Die folgenden Daten werden zur Auszahlung Ihrer Beihilfeleistungen benötigt. Die Rechtsgrundlagen, nach denen die Daten erhoben werden, entnehmen Sie bitte dem Ihnen zugesandten Merkblatt zum Datenschutz. Sofern die Angaben freiwillig sind, ist dies im Vordruck vermerkt.
2. Nicht auszufüllen von erwerbsmäßig tätigen Berufspflegekräften.

**Anmerkung für die/den Beihilfearbeiter/in:**

**Wenn die Felder 2.4 bzw. 2.6 bejaht werden, kopieren Sie bitte unbedingt diesen Vordruck und leiten die Kopie - ohne Anschreiben - dem Arbeitsgebiet 3251 zuständig für Rentenversicherung von Pflegepersonen A - Pul) oder dem Arbeitsgebiet 3253 (zuständig für Rentenversicherung von Pflegepersonen Pum - Z) zu.**

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

**1. Angaben der/des Beihilfeberechtigten/der pflegebedürftigen Person**

Name der/des <b>Beihilfeberechtigten</b>	Vorname	Personalnummer/Arbeitsgebiet
Name, der <b>pflegebedürftigen</b> Person	Vorname	← <b>Nicht</b> auszufüllen, wenn mit der/dem <b>Beihilfeberechtigten</b> identisch

**2. Angaben der Pflegeperson**

2.1 Name der <b>Pflegeperson</b>	Vorname	Geburtsdatum
----------------------------------	---------	--------------

Anschrift der **Pflegeperson**

2.2 Ich habe an der o.g. **pflegebedürftigen** Person die häusliche Pflege ausgeführt:

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Abrechnungszeitraum)

2.3 Dabei wurde die Pflegetätigkeit aus in **meiner** Person liegenden Gründen wie folgt **unterbrochen**:

Grund der Unterbrechung	von – bis	von – bis
Erholungsurlaub		
Erkrankung		
Sonstiger Grund		

**Bitte folgenden Absatz unbedingt beantworten!**

Falls Sie die Fragen 2.4 bzw. 2.6 bejahen, fügen Sie bitte - einmalig - den **Erstbescheid** der Pflegekasse /Pflegeversicherung bei.

2.4 Bei mir besteht Rentenversicherungspflicht als **nicht** erwerbsmäßig tätige Pflegeperson

ja       nein

2.5 Ich nehme Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz in Anspruch

ja       nein

2.6 Ich pflege noch weitere Personen

nein

ja, ich pflege insgesamt \_\_\_\_\_ Stunden wöchentlich.

Angaben zur weiteren pflegebedürftigen Person:

LBV 341 – 05/16

Name, Vorname der <b>weiteren pflegebedürftigen Person</b>	<b>Versicherungsunternehmen/Pflegekasse</b>
Anschrift der <b>weiteren pflegebedürftigen Person</b>	<b>Krankenversicherturnummer:</b>
Werden wegen dieser weiteren Pflege bereits Rentenversicherungsbeiträge für Sie gezahlt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Datum, Unterschrift der **Pflegeperson**

### 3. Angaben der/des Beihilfeberechtigten

Während der in Nr. 2.3 genannten Unterbrechungen hat eine andere Person die Pflege ausgeführt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.1 Die Richtigkeit der unter Nr. 2 gemachten Angaben wird hiermit <b>bestätigt</b> .		
3.2 Die Pflegetätigkeit wurde durch in der Person des <b>Pflegebedürftigen</b> liegende Gründe wie folgt <b>unterbrochen</b> :		
<b>Grund der Unterbrechung</b>	<b>von – bis</b>	<b>von – bis</b>
Stationäre Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung, stationäre Rehabilitationsbehandlung, ggf. auch stationäre Suchtbehandlung		
Häusliche Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung		
Kurzzeitpflege, z.B. in einer Pflegeeinrichtung		
Vollstationäre Pflege in einer Pflegeeinrichtung (auch vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe)		
Für die vorstehend unter Nr. 2.3 genannten Unterbrechungszeiten, während der <b>keine</b> geeignete Vertretung (Nr. 3) tätig war, sowie während der in Nr. 3.2 genannten Unterbrechungszeiten, soweit diese über vier Wochen hinausgehen, wird eine Pauschalbeihilfe anteilig <b>nicht</b> gewährt. Während einer Kurzzeitpflege besteht während vier Wochen im Kalenderjahr ein Anspruch auf hälftige Pauschalbeihilfe, während einer vollstationären Pflege (auch vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe) besteht kein Anspruch auf Pauschalbeihilfe.		
3.3 Wurde während der unter Nr. 2.2 angegebenen Pflegezeit/en <b>zusätzlich</b> Pflege durch eine <b>Berufspflegekraft</b> durchgeführt ? <input type="checkbox"/> ja; bitte reichen Sie die <b>Pflegekostenrechnungen</b> zusammen mit den <b>Abrechnungsbescheiden der Pflegeversicherung</b> ein. <input type="checkbox"/> nein		
3.4 Bei <b>Folgeanträgen</b> : Haben sich die der bisherigen Pflegeeinstufung zugrunde liegenden Voraussetzungen inzwischen <b>geändert</b> ? <input type="checkbox"/> ja; bitte übersenden Sie die Fotokopien des von der Pflegeversicherung/Pflegekasse übersandten Bescheids über die <b>neu</b> zuerkannte Pflegestufe. <input type="checkbox"/> nein		
3.5 Für die o.g. Pflegezeit/en beantrage ich hiermit die Pauschalbeihilfe nach § 9 Abs. 4 BVO und bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.		

Datum, Unterschrift der/des **Beihilfeberechtigten** oder deren/dessen Bevollmächtigten

**Landesamt für Besoldung und  
Versorgung Baden-Württemberg  
70730 Fellbach**