



Baden-Württemberg

LANDESAMT FÜR BESOLDUNG UND VERSORGUNG

Bestätigung über das Bestehen einer ambulant betreuten Wohngruppe nach § 9b Absatz 4 BVO

Hinweis:

Die folgenden Daten werden zur Auszahlung Ihrer Beihilfeleistungen benötigt. Die Rechtsgrundlagen, nach denen die Daten erhoben werden, entnehmen Sie bitte den Informationen zum Datenschutz unter <https://lbv.landbw.de/das-lbv/kontakt/datenschutz>. Sofern die Angaben freiwillig sind, ist dies im Vordruck vermerkt.

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

1. Angaben der/des Beihilfeberechtigten/der pflegebedürftigen Person

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

2. Hiermit bestätige ich, dass

in der Zeit vom _____ bis _____ die ambulante Wohngruppe von einer Pflegekraft betreut wurde, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet hat. Ich bestätige weiterhin, dass es sich bei der Wohngruppe um ein gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen handelt und die Pflegeversicherung hierzu entsprechende Leistungen gewährt hat.

3. Während des unter 2. angegebenen Zeitraums habe ich nicht ununterbrochen in der ambulanten Wohngruppe gelebt.

Grund und Dauer der Unterbrechung	von – bis	von – bis
Stationäre Krankenhausbehandlung, stationäre Anschlussheilbehandlung, stationäre Rehabilitationsbehandlung, ggf. auch stationäre Suchtbehandlung		
Kurzzeitpflege in einer Pflegeeinrichtung		
Vollstationäre Pflege (auch vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen)		

Erläuterungen: Der Anspruch auf Zahlung eines Wohngruppenzuschlags besteht grundsätzlich ungekürzt für einen vollen Monat, auch wenn innerhalb eines Monats Unterbrechungen wie z.B. Krankenhausaufenthalte stattgefunden haben.

4. Für die o.g. Pflegezeit/en beantrage ich hiermit den Wohngruppenzuschlag nach Maßgabe des § 9b Abs. 4 BVO bis zur Höhe von 214 Euro monatlich 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

LBV 342 – 09/18