

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen 

Beihilfeberechtigte/r und Geschäftszeichen		
Nachname, Vorname	Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)	
Personalnummer (8-stellig - bitte unbedingt angeben)	Firmennummer (4-stellig) oder ►	Vertragsnummer (2-stellig)

Bitte heften oder klammern Sie die Rechnungsbelege nicht oder kleben diese auch nicht auf, da wir die Belege einzeln scannen!

ZPD Hamburg
Fachbereich Beihilfe
Postfach 26 19 64
20509 Hamburg

Beihilfeantrag Pflege und Hospiz

Für andere Aufwendungen bitte gesonderten Antrag verwenden.

Das Ergänzungsblatt bitte nur beifügen beim Erstantrag oder bei Änderungen der dort aufgeführten persönlichen Verhältnisse.

Ergänzungsblatt liegt bei Ja Nein

Wichtige Hinweise

- Bitte beachten Sie, dass mit diesem Antragsvordruck immer nur die Aufwendungen für eine Person geltend gemacht werden können. Bei der unter Nummer 6 a angegebenen Person handelt es sich entweder um den/die Antragsteller/in (A) oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen: Ehegatte/in (E), Lebenspartner/in (L)* oder Kind (K).
* Lebenspartner/in mit eingetragener Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG).
- Bitte keine Originale einreichen. Eine Rücksendung der Aufwendungsnachweise erfolgt nicht.
- Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb einer Ausschlussfrist von zwei Jahren nach dem Entstehen der Aufwendungen oder der ersten Ausstellung der Rechnung beantragt wird.
- Die mit Antrag geltend gemachten Aufwendungen müssen 200 Euro überschreiten. Erreichen die Aufwendungen aus 10 Monaten diesen Betrag nicht, übersteigen aber insgesamt 15 Euro, kann auch hierfür eine Beihilfe gewährt werden.
- Mehr Informationen erhalten Sie auf den Internetseiten des ZPD Hamburg unter www.hamburg.de/zpd.de.

1. Höhe der Aufwendungen / Anzahl der Belege

Die Gesamtsumme der Aufwendungen beträgt:	Euro	Anzahl der Belege:
---	------	--------------------

2. Überweisung der Beihilfe (bitte nur ausfüllen bei Änderungen)

Auf das Konto, auf das meine Bezüge/Versorgungsbezüge überwiesen werden.

Auf folgendes Konto:

Kontoinhaber/in

IBAN

BIC des Kreditinstituts

3. Anschrift (bitte nur ausfüllen bei Änderungen)

der/des Beihilfeberechtigten: der/des Bevollmächtigten:

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Telefon

4. Angaben zu Einkünften des Ehegatten/Lebenspartners, wenn für diesen Aufwendungen geltend gemacht werden

Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) Ihres Ehegatten/Lebenspartners im vergangenen Kalenderjahr 20.000 Euro? Ja Nein

Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag übersteigen? Ja Nein

5. Unfall- und verletzungsbedingte Aufwendungen (bitte auch bei Folgekosten beantworten)

Die pflegebedingten Aufwendungen stehen im Zusammenhang mit dem Schadeneignis vom _____.
Sollten der Beihilfestetzungsstelle noch keine unfallbedingten Angaben und/oder Unterlagen vorliegen, fordern Sie bitte zunächst den entsprechenden Fragebogen an und senden ihn ausgefüllt zusammen mit dem Antrag zu.

6. Angaben zu den beantragten Aufwendungen

a)	Nachname, Vorname der/des Pflegebedürftigen	Pflegestufe (bis 12.2016): <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall Pflegegrad (ab 01.2017): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
b)	Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung: <input type="checkbox"/> liegt bereits vor. <input type="checkbox"/> ist diesem Antrag beigefügt. Den Einstufungsbescheid bitte bei erstmaliger Beantragung von Pflegeleistungen und bei allen Änderungen in Kopie oder Zweischrift vorlegen.							
c)	Art der Aufwendungen: <table border="0"> <tr> <td>Häusliche Pflege</td> <td>Stationäre Pflege</td> <td>Sonstige Leistungen</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Pflegegeld (s.a. Position 7) <input type="checkbox"/> Sachleistungen <input type="checkbox"/> Tages- und Nachtpflege * <input type="checkbox"/> Kombinationsleistungen aus oben genannten Leistungen <input type="checkbox"/> mit Zusatzleistungen wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (z. B. bei Demenz) </td> <td> <input type="checkbox"/> dauernde vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Palliativversorgung/Hospiz * <input type="checkbox"/> Kurzzeit-/Verhinderungspflege ggf. mit Weiterzahlung des häftigen Pflegegeldes </td> <td> <input type="checkbox"/> zusätzliche Betreuungsleistungen <input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel * <input type="checkbox"/> Wohnumfeldverbesserung * <input type="checkbox"/> sonstige Pflegeaufwendungen <input type="checkbox"/> Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen </td> </tr> </table> <p>* Bitte fügen Sie bei diesen Aufwendungen immer eine Kopie des konkreten Leistungsnachweises der Versicherungen bei.</p> <p><input type="checkbox"/> Es besteht ein individueller Leistungsausschluss der privaten Kranken-/Pflegeversicherung für diese Aufwendungen. Nachweis: <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> ist beigefügt</p>		Häusliche Pflege	Stationäre Pflege	Sonstige Leistungen	<input type="checkbox"/> Pflegegeld (s.a. Position 7) <input type="checkbox"/> Sachleistungen <input type="checkbox"/> Tages- und Nachtpflege * <input type="checkbox"/> Kombinationsleistungen aus oben genannten Leistungen <input type="checkbox"/> mit Zusatzleistungen wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (z. B. bei Demenz)	<input type="checkbox"/> dauernde vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Palliativversorgung/Hospiz * <input type="checkbox"/> Kurzzeit-/Verhinderungspflege ggf. mit Weiterzahlung des häftigen Pflegegeldes	<input type="checkbox"/> zusätzliche Betreuungsleistungen <input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel * <input type="checkbox"/> Wohnumfeldverbesserung * <input type="checkbox"/> sonstige Pflegeaufwendungen <input type="checkbox"/> Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen
Häusliche Pflege	Stationäre Pflege	Sonstige Leistungen						
<input type="checkbox"/> Pflegegeld (s.a. Position 7) <input type="checkbox"/> Sachleistungen <input type="checkbox"/> Tages- und Nachtpflege * <input type="checkbox"/> Kombinationsleistungen aus oben genannten Leistungen <input type="checkbox"/> mit Zusatzleistungen wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (z. B. bei Demenz)	<input type="checkbox"/> dauernde vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Palliativversorgung/Hospiz * <input type="checkbox"/> Kurzzeit-/Verhinderungspflege ggf. mit Weiterzahlung des häftigen Pflegegeldes	<input type="checkbox"/> zusätzliche Betreuungsleistungen <input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel * <input type="checkbox"/> Wohnumfeldverbesserung * <input type="checkbox"/> sonstige Pflegeaufwendungen <input type="checkbox"/> Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen						
d)	<input type="checkbox"/> Es besteht eine zeitgleiche Heimunterbringung von berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Beihilfeberechtigte/r und/oder Ehegatte/Lebenspartner bzw. Kinder). Nachname, Vorname der/des Pflegebedürftigen und Verwandtschaftsverhältnis							

7. Automatische Zahlung der Pflegegeldpauschale (ambulante Pflege)

a)	<input type="checkbox"/> Neuantrag: Ich beantrage erstmalig eine Abschlagszahlung für die nächsten 12 Monate: ab (Monat/Jahr): _____	
b)	<input type="checkbox"/> Folgeantrag: Ich versichere, dass das Pflegegeld im zurückliegenden Zeitraum von der Pflegeversicherung gezahlt wurde: von (Monat/Jahr) bis (Monat/Jahr): _____	
	<input type="checkbox"/> Es gab im o.g. Zeitraum Unterbrechungen (z.B. Kurzzeitpflege, Krankenhausaufenthalt): von (Tag/Monat/Jahr) bis (Tag/Monat/Jahr): _____ Grund: _____ von (Tag/Monat/Jahr) bis (Tag/Monat/Jahr): _____ Grund: _____	
	<input type="checkbox"/> Außerdem beantrage ich gleichzeitig die Abschlagszahlung des Pflegegeldes für weitere 12 Monate.	

8. Zusendung von Antragsformularen

Ich benötige: <input type="checkbox"/> den Antrag Allgemeine Leistungen <input type="checkbox"/> den Antrag Allgemeine Leistungen und das Ergänzungsblatt Der Antrag für Pflege und Hospiz wird dem Festsetzungsbescheid für Pflege automatisch beigefügt.	
--	--

9. Erklärung der/des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten und Datenschutzhinweis

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben. Mir ist bekannt, dass ich überzahlte Beihilfen zu erstatten habe. Weiterhin habe ich Erlöse beim Verkauf von Hilfsmitteln sowie nachträgliche Preisnachlässe und Kostenerstattungen sofort anzugeben und die zu viel gezahlte Beihilfe zurückzuzahlen (vertragliche Leistungen von privaten Krankenversicherungen sind davon ausgenommen). Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe gezahlt.

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten sowie gegebenenfalls die personenbezogenen Daten Ihrer Angehörigen erfolgt ausschließlich zu Zwecken der Beihilfebearbeitung sowie gegebenenfalls der im Zusammenhang mit dem Beihilfeantrag stehenden behördlichen und gerichtlichen Verfahren (§ 86 Hamburgisches Beamten gesetz). Dies schließt bei Unfällen mit Drittbe teiligung die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus übergegangenem Recht (§ 53 Hamburgisches Beamten gesetz) mit ein.

Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie im „Merkblatt DSGVO ZPD“, im Personal-Portal, unter www.hamburg.de/zpd/datenschutz/ oder persönlich im Kundencenter des ZPD Hamburg.

Datum

Unterschrift

Wenn Sie als Bevollmächtigte/r einen Antrag stellen:

Vollmacht liegt vor Vollmacht ist beigefügt