

Zusatzformular!

Bitte per Post zusammen mit „Antrag auf Pflegeleistungen für Beamte“ im Original senden an

Universität des Saarlandes
Beihilfestelle
Meerwiesertalweg 15
66123 Saarbrücken

1. Antragsteller/in

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefonnummer

2. Im Abrechnungszeitraum gab es eine Unterbrechung der Pflege durch Abwesenheit der regulären Pflegeperson

vom	bis	
Name der regulären Pflegeperson	Vorname der regulären Pflegeperson	Geburtsdatum der regulären Pflegeperson
Straße, Hausnummer der regulären Pflegeperson	PLZ, Ort der regulären Pflegeperson	Telefonnummer der regulären Pflegeperson
<input type="checkbox"/> Tageweise Verhinderung (mehr als 8 Stunden täglich)		
<input type="checkbox"/> Stundenweise Verhinderung (weniger als 8 Stunden täglich)		

3. Die häusliche Pflege wurde in den letzten 6 Monaten von o.g. regulärer Pflegeperson erbracht

<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein

4. Grund der Verhinderung der regulären Pflegeperson

<input type="checkbox"/> Erholungsurlaub
<input type="checkbox"/> Krankheit
<input type="checkbox"/> Sonstige Gründe:

5. Die Ersatzpflege wurde übernommen von – Bitte Belegübersicht auf Seite 3 ausfüllen

<input type="checkbox"/> Einer anderen Privatperson (weiter mit Frage 7-9)
<input type="checkbox"/> Einem ambulanten Pflegedienst

6. Wenn die Ersatzpflege von einem ambulanten Pflegedienst übernommen wurde

Firmenname des Pflegedienstes/ des Heims	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
--	--------------------	----------

7. Wenn die Ersatzpflege von einer Privatperson übernommen wurde

Name der Ersatzpflegeperson	Vorname der Ersatzpflegeperson
Straße, Hausnummer der Ersatzpflegeperson	PLZ, Ort der Ersatzpflegeperson

8. Die Ersatzpflegeperson lebt mit dem/der Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft

<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein

9. Es liegt ein verwandtschaftliches/verschwägertes Verhältnis 1. oder 2. Grades* der Ersatzpflegeperson zur pflegebedürftigen Person vor

<input type="checkbox"/> Ja, und zwar im Verhältnis als
<input type="checkbox"/> Nein

**Ein verwandtschaftliches/verschwägertes Verhältnis 1. oder 2. Grades liegt vor bei Kindern, Eltern, Enkelkindern, Großeltern, Geschwister, Stiefkinder, Schwiegersöhne/-töchter, Stief-/Schwiegereltern, Stief-/Schwiegerenkel, Ehegatten von Geschwistern, Großeltern des/der Ehegatten/in, Stiefgroßeltern*

Von der Ersatzpflegeperson auszufüllen

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben und den Erhalt des unten genannten Betrages

Ort, Datum
Erhaltener Betrag: €
Unterschrift der Ersatzpflegeperson

Vom/n Antragsteller/in auszufüllen:

Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlagen für die Beihilfegewährung sind und dass auch nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Anwendungen sowie weitere Kostenerstattungen sofort der Beihilfestelle anzuzeigen sind. Mir ist ebenfalls bekannt, dass ich verpflichtet bin, den Wegfall von Kindergeld bzw. der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag sofort anzuzeigen und die Beihilfe für meine/n Ehegatten/in / Lebenspartner/in zurück zu zahlen, falls die Angaben über die Höhe der Einkünfte unzutreffend sind oder nachträglich erhöht wurden. (z.B. durch Feststellung des Finanzamtes). Für die hiergeltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Ort, Datum
Unterschrift der antragstellenden Person

