

# Landesverwaltungsamt Berlin

## Zentrale Beihilfestelle

Ausfüllanleitung

### Antrag auf Beihilfe für Pflegeleistungen (Pflegeantrag)



#### Einleitung zu den neuen Antragsvordrucken in der Beihilfe ab Mai 2015 - Übersicht -

Ab dem 15.05.2015 stellt die Beihilfestelle neue Antragsformulare zur Verfügung. Diese gliedern sich zukünftig in die drei folgenden Vordrucke:

- 1. Stammdaten**  
Zur Mitteilung von Änderungen bei den pers. Verhältnissen
- 2. Beihilfeantrag**  
Zur Geltendmachung aller Aufwendungen aus dem Bereich der Krankenversicherung (z.B. ärztl. Leistungen, Medikamente, Physio, Zahnarzt, Krankenhaus, Reha, Hilfsmittel)
- 3. Pflegeantrag**  
Zur Geltendmachung aller Aufwendungen aus dem Bereich der Pflegeleistungen (z.B. Heim, Pflegedienst, Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel)

Mit dem Pflegeantrag reichen Sie alle Aufwendungen aus dem Bereich der Pflegeleistungen ein.

Änderungen bei den persönlichen Verhältnissen teilen Sie uns bitte mit dem neuen Stammdatenblatt mit. Aufwendungen für übliche Leistungen der Krankenversicherung reichen Sie bitte mit dem originären Beihilfeantrag ein.

#### Ausfüllanleitung zum Pflegeantrag

Nachfolgend erhalten Sie für die einzelnen Abschnitte des neuen **Antrags auf Beihilfe für Pflegeleistungen (Pflegeantrag)** eine Hilfestellung für das Ausfüllen:

#### Allgemeines

Antragsteller Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon (Angabe freiwillig)
Landesverwaltungsamt Berlin Zentrale Beihilfestelle – VB B 10702 Berlin	E-Mail (Angabe freiwillig)	Dienst-/ Wohnanschrift
	Personalkennzeichen	
	Antragsdatum (TT.MM.JJ)	
	Summe der geltend gemachten Aufwendungen	0,00 Euro, Cent

Die Angabe der Wohnanschrift ist nur bei Versorgungsempfängern/innen oder Personen, die nicht im Dienst sind, erforderlich. Aktive Dienstkräfte erhalten den Bescheid an die Dienstanschrift.

Bitte tragen Sie hier Ihre max. 8-stellige Personal- oder Versorgungsnummer ein

Tragen Sie das Datum Ihres Antrags ein (Antragsdatum)

Bei einem am PC ausgefüllten Antrag wird die Gesamtsumme der Aufwendungen automatisch berechnet und

hier ausgewiesen.

Bei handschriftlich ausgefüllten Anträgen bitte hier die Gesamtsumme des Antrags eintragen!

## Kontoverbindung

Kontoverbindung

<input type="checkbox"/> Gehaltskonto	oder <input type="checkbox"/> Sonstige Kontoverbindung	<input type="checkbox"/> Immer als Beihilfekonto nutzen
<input type="checkbox"/> Beihilfekonto		
Kontoinhaber	BIC	

Grundsätzlich erfolgt die Beihilfezahlung nur auf ein Gehalts- oder Beihilfekonto.

Sie können ein - bestehendes eigenes - Konto als Beihilfekonto bestimmen, wenn es sich hierbei nicht um das Gehaltskonto handelt, die Beihilfe aber immer auf dieses andere Konto überwiesen werden soll.

Eine sonstige Kontoverbindung kann nur in Ausnahmefällen (z.B. Zahlung einer Krankenhausrechnung an das Krankenhaus) verwendet werden.

Nur bei ausländischen Kontoverbindungen ist die Angabe der BIC erforderlich.

Einzelne Rechnungen eines Antrags an die jeweiligen Rechnungsaussteller zu überweisen, ist aus verwaltungswirtschaftlichen Gründen nicht möglich!

## Unterschrift und Vollmacht

Ich versichere, nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Beihilfebewilligung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Nachlässe auf die Kosten sofort der Beihilfestelle anzuzeigen habe. Mir ist auch bekannt, dass ich verpflichtet bin, die Beihilfe für meinen Ehegatten / Lebenspartner/in zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe der Einkünfte unzutreffend sind oder durch die nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (nach Festsetzung des Finanzamtes) unzutreffend werden. Mir ist weiter bekannt, dass ich im Falle bewusst unrichtiger oder unvollständiger Angaben sowie Verfälschung von Belegen strafrechtlich und disziplinarrechtlich verfolgt werde. Arbeitnehmer haben mit einer Kündigung zu rechnen.

**Unterschrift**

Sie stellen als Bevollmächtigte/r einen Antrag  Vollmacht liegt vor  Vollmacht ist beigelegt

Bitte unterschreiben Sie Ihren Antrag!

Sind Sie Bevollmächtigter, dann muss eine Vollmacht vorliegen. Den Vordruck für eine Vollmacht finden Sie auf unserer Internetseite.

## Ehegatteneinkommen

**2 Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für den/die Ehegatten/in, Lebenspartner/in geltend gemacht werden**

Wie hoch war der Gesamtbetrag der Einkünfte Ihres E/LP<sup>1)</sup> nach § 2 Abs. 3 Einkommenssteuergesetz laut Einkommensteuerbescheid

- im vorletzten Kalenderjahr (20__)	<input type="checkbox"/> bis zu 17.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 17.000 EUR
- im letzten Kalenderjahr (20__)	<input type="checkbox"/> bis zu 17.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 17.000 EUR
- voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr (20__)	<input type="checkbox"/> bis zu 17.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 17.000 EUR

Der Einkommensteuerbescheid ist der Beihilfestelle jährlich in Kopie zu übersenden.

Die Frage zum Ehegatteneinkommen ist immer dann zu beantworten, wenn Aufwendungen für den Ehegatten oder Lebenspartner geltend gemacht werden.

Das Einkommen des Ehegatten ist jährlich mit einer Kopie des Einkommensteuerbescheids nachzuweisen. Einkommensdaten des Beihilfeberechtigten selbst können im Steuerbescheid unkenntlich gemacht werden.

## Unfall

### 3 Unfall- und verletzungsbedingte Aufwendungen (bitte auch bei Folgekosten beantworten)

Die geltend gemachten unfallbedingten Aufwendungen sind entstanden am \_\_\_\_\_ durch:

einen Dienstunfall       einen Arbeitsunfall

Die Aufwendungen sind grundsätzlich nicht berücksichtigungsfähig. Bitte wenden Sie sich an die zuständige Dienststelle.

einen Schulunfall       einen Kindergartenunfall

Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung (z.B. auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder beamtenrechtlichen Unfallfürsorge)?  nein  ja

einen Unfall im privaten Bereich       einen Sportunfall       ein anderes schädigendes Ereignis

Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?  nein  ja

Liegt der Unfallfragebogen bereits vor?  nein  ja

Sofern es sich um Aufwendungen handelt, die aufgrund eines Dienstunfalles entstanden sind, sind die Aufwendungen durch die zuständige Dienststelle zu erstatten. Die Beihilfestelle ist in diesem Fall nicht zuständig!

Sofern es sich um einen Schul-/Kitaunfall handelt ist die Unfallkasse zuständiger Leistungsträger.

Sollten die zuständigen Leistungsträger die Leistungen nicht erstatten, so reichen Sie bitte einen entsprechenden Nachweis ein.

Ein möglicher Schadensersatzanspruch liegt vor, wenn ein Dritter an dem Unfall beteiligt war. Bei der ersten Beantragung von unfallbedingten Aufwendungen, für die ein Schadensersatzanspruch in Betracht kommt, ist der Unfallfragebogen, der bei der Beihilfestelle abgefordert werden kann, vollständig auszufüllen.

## Wurden Behandlungen durch einen nahen Angehörigen durchgeführt?

### 4 Wurden Behandlungen durch einen nahen Angehörigen durchgeführt?

nein       Ja, geben Sie bitte an, um welche Belege es sich handelt:

Beim nahen Angehörigen handelt es sich um meine/n: \_\_\_\_\_

Hinweis:  
Die Aufwendungen für persönliche Behandlungen durch die Ehegattin, den Ehegatten, die eingetragene Lebenspartnerin, den eingetragenen Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder des Behandelten sind nicht beihilfefähig. In diesen Fällen sind nur die tatsächlich entstandenen Sachkosten beihilfefähig (§ 8 (1) Nr. 6 LBhVO)

Das Verwandtschaftsverhältnis zum Behandler ist ausschlaggebend, ob ggf. nur Sachkosten berücksichtigungsfähig sind.

## Pflegestufe

### 4 Angaben zur Pflegestufe und Nachweise

Nachname, Vorname der/des Pflegebedürftigen \_\_\_\_\_ Pflegestufe  0  1  2  3  Härtefall

Nachname, Vorname der/des Pflegebedürftigen \_\_\_\_\_ Pflegestufe  0  1  2  3  Härtefall

Besteht für die pflegebedürftige Person eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz  ja  nein

Den Einstufungsbescheid bitte bei erstmaliger Beantragung von Pflegeleistungen und bei allen Änderungen in Kopie vorlegen.

Bitte tragen Sie hier Namen und Vorname sowie die Pflegestufe der pflegebedürftigen Person/en ein.

Ist eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz von der Pflegekasse festgestellt worden, dann kreuzen Sie dies hier bitte an. Die Angabe ist für die Gewährung des erhöhten Pflegegeldes notwendig.

Die Beihilfestelle benötigt vor der Bearbeitung von Pflegeleistungen immer erst den Einstufungsbescheid der zuständigen Pflegekasse! Bitte legen Sie diesen beim ersten Antrag auf Pflegeleistungen sowie bei jeder Änderung der Pflegestufe in Kopie bei!

Die Angabe der Pflegestufe ist danach nur bei Änderungen der Pflegebedürftigkeit notwendig.

## Sonstige Pflegeleistungen

5 Sonstige Pflegeleistungen	
Ich beantrage Beihilfe für beiliegende und in der Zusammenstellung aufgeführte Rechnung/en der folgenden Pflegeleistungen:	
a	<input type="checkbox"/> Sachleistungen
b	<input type="checkbox"/> Tages- / Nachtpflege
c	<input type="checkbox"/> Zusätzliche Betreuungsleistungen
d	<input type="checkbox"/> Kurzzeit-/Verhinderungspflege (Leistungsnachweis der Pflegekasse ist beizufügen)
e	<input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel (Leistungsnachweis der Pflegekasse ist beizufügen)
f	<input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. Wohnumfeldverbesserung) (Leistungsnachweis der Pflegekasse ist beizufügen)

Bitte kreuzen Sie hier die sonstigen Pflegeleistungen an, die Sie geltend machen

(Hinweis: ambulante und vollstationäre Pflegeleistungen werden später im Antrag gesondert abgefragt).

Für manche Leistungsarten benötigt die Beihilfestelle den Leistungsnachweis der zuständigen Pflegekasse in Kopie. Bitte beachten!

## ambulante Pflegeleistungen

6 Ambulante Pflegeleistungen (Pflegegeld)	
a	<input type="checkbox"/> Ich beantrage Pflegegeld für folgenden zurückliegenden Zeitraum
	von _____ bis _____ pflegebedürftige Person: _____
	von _____ bis _____ pflegebedürftige Person: _____
	<input type="checkbox"/> Es gab im o.g. Zeitraum Unterbrechungen (z.B. Kurzzeit-/Verhinderungspflege, Krankenhaus-/stat. Reha)
	von _____ bis _____ pflegebedürftige Person: _____
	Unterbrechungsgrund: _____
	von _____ bis _____ pflegebedürftige Person: _____
	Unterbrechungsgrund: _____

Wenn Sie Pflegegeld für zurückliegende Zeiträume beantragen wollen, tragen Sie hier bitte den Zeitraum und die pflegebedürftige Person ein.

Wenn es in diesem Zeitraum Unterbrechungen bei der Pflege gab, so benötigen wir Angaben zum Zeitraum der Unterbrechung und zum Unterbrechungsgrund z.B. einem stationärem Krankenhausaufenthalt.

b	<input type="checkbox"/> Pflegebestätigung nach Ablauf der Abschlagszahlungen. Ich versichere, dass das Pflegegeld im zurückliegenden Zeitraum von der Pflegeversicherung gezahlt wurde.
	von _____ bis _____ pflegebedürftige Person: _____
	von _____ bis _____ pflegebedürftige Person: _____
	<input type="checkbox"/> Es gab im o.g. Zeitraum Unterbrechungen (z.B. Kurzzeit-/Verhinderungspflege, Krankenhaus-/stat. Reha-aufenthalt)
	von _____ bis _____ pflegebedürftige Person: _____
	Unterbrechungsgrund: _____
	von _____ bis _____ pflegebedürftige Person: _____
	Unterbrechungsgrund: _____

Wenn Sie in den vergangenen Monaten Abschlagszahlungen von der Beihilfestelle für das Pflegegeld erhalten haben, tragen Sie hier bitte den Abschlagszeitraum und die pflegebedürftige Person ein.

Wenn es in diesem Zeitraum Unterbrechungen bei der Pflege gab, so benötigen wir Angaben zum Zeitraum der Unterbrechung und zum Unterbrechungsgrund z.B. einem stationärem Krankenhausaufenthalt

c	<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Abschlagszahlung des Pflegegeldes für 6 Monate
---	---

Hier können Sie einen neuen Abschlag für die nächsten 6 Monate für das Pflegegeld beantragen

Hinweis:  
Die bisherige Angabe oder Unterschrift der Pflegeperson ist nicht mehr erforderlich!

## vollstationäre Pflegeleistungen

7 Vollstationäre Pflegeleistungen	
a	<input type="checkbox"/> Ich beantrage Beihilfe für beiliegende Rechnung/en der vollstationären Pflege (Weitere Eintragungen sind in der Zusammenstellung der Aufwendungen erforderlich)

Wenn Sie Aufwendungen für die vollstationäre Pflege einreichen, bitte hier ankreuzen und in der Zusammenstellung der Aufwendungen auf Seite 4 des Pflegeantrags die Rechnungen eintragen

## vollstationäre Pflegeleistungen (Fortsetzung)

b  **Beantragung nach Ablauf der Abschlagszahlungen**  
Ich bitte, die beigefügten Rechnungen für den zurückliegenden Zeitraum festzusetzen  
(Weitere Eintragungen sind in der Zusammenstellung der Aufwendungen erforderlich)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ pflegebedürftige Person: \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ pflegebedürftige Person: \_\_\_\_\_

c  Ich beantrage die Abschlagszahlung der Beihilfe für vollstationäre Pflegeleistungen für 6 Monate

**Antrag auf erhöhte Beihilfe für vollstationäre Pflegeleistungen:**

d  Die pflegebedürftige Person \_\_\_\_\_  
wohnt in einem Pflegeheim und hat Anspruch auf Beihilfe zu den vollstationären Pflegekosten. Die übrigen Aufwendungen wie Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten werden aus den eigenen Einkünften bestritten. Die Einkünfte reichen zur Deckung dieser Kosten nicht aus.

Ich beantrage, die Aufwendungen für vollstationäre Pflegeleistungen, die über die bisherige monatliche Pflegepauschale hinausgehen, sowie Aufwendungen für Verpflegung, Unterkunft und Investitionskosten - unter Berücksichtigung meines/unseres individuellen beihilferechtlichen Mindestbetrages (Freibetrag) - als beihilfefähig anzuerkennen.

Es besteht eine zeitgleiche Heimunterbringung von berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Beihilfeberechtigte/r und/oder Ehegatte/Lebenspartner bzw. Kinder).  
Nachname, Vorname der/des betroffenen berücksichtigungsfähigen Angehörigen  
\_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsverhältnis zur betroffenen Person  
\_\_\_\_\_

Die Erklärung zum Einkommen des letzten Kalenderjahres habe ich beigefügt.

**Hinweis:**  
Nach Vorliegen Ihrer vollständigen Einkommensunterlagen prüft die Beihilfestelle, ob unter der Berücksichtigung Ihrer individuellen Einkommensverhältnisse eine erhöhte Beihilfe für vollstationäre Pflegeleistungen gezahlt werden kann.

Wenn Sie in den vergangenen Monaten Abschlagszahlungen von der Beihilfestelle für die vollstationäre Pflege erhalten haben, tragen Sie hier bitte den Abschlagszeitraum und die pflegebedürftige Person ein.

In der Zusammenstellung der Aufwendungen auf Seite 4 des Pflegeantrags bitte die betroffenen Rechnungen eintragen.

Hier können Sie einen **neuen** Abschlag für die nächsten 6 Monate für die vollstationäre Pflege beantragen

Sofern die eigenen Einkünfte zur Deckung der Kosten der vollstationären Pflege nicht ausreichen, gibt es die Möglichkeit eine erhöhte Beihilfe zu beantragen.

Die Beihilfestelle benötigt für die Prüfung Ihres Antrags weitere Angaben insb. zu Ihrem Einkommen des letzten Kalenderjahres (Kopie des Steuerbescheids, Rentenanpassungsmitteilung)

Die Beihilfestelle prüft, ob eine erhöhte Beihilfe gezahlt werden kann. Sie erhalten hierüber einen Bescheid.

## Einverständniserklärung

**Einverständniserklärung:**

Die Beihilfestelle darf notwendige telefonische Auskünfte über Belege einholen

a bei der zuständigen Pflege-/Krankenversicherung oder einem anderen Kostenträger  ja  nein

b bei dem Behandler oder Rechnungsaussteller  ja  nein

Die Einverständniserklärung ermöglicht einen direkten Kontakt mit den Versicherungen und /oder Behandlern, so dass zeitnah eine Klärung bestehender Fragen erfolgen kann.

## Zusammenstellung der Aufwendungen

### Zusammenstellung der pflegebedingten Aufwendungen

Bitte beachten Sie:

- Wenn Sie Aufwendungen für mehrere Personen geltend machen, tragen Sie die Belege bitte nach Personen geordnet ein: Antragsteller/in, Ehegattin/Ehegatte, Lebenspartner/in, Kinder.
- Werden Aufwendungen für die Ehegattin/den Ehegatten oder die/den Lebenspartner/in geltend gemacht, sind immer Angaben zu dessen Einkünften erforderlich (S. 1, Nr. 2).
- In die Spalte 6 (Kostenerstattung von anderer Seite) sind auch Erstattungen aus Zusatzversicherungen einzutragen.
- Bitte tragen Sie jede Rechnung einzeln ein und beachten Sie dabei, dass die Belege nicht zurückgegeben werden. Reichen Sie deshalb **keine Originale** ein.

1	2	3	4	5	6	7
Beleg Nr.	Aufwendungen für A=Antragsteller/in E/LP= Ehegatte/in Lebenspartner/in bei Kindern Vorname	Datum der Rechnung, des Rezepts	Art der Pflegeaufwendung  (z.B. Pflegegeld, ambulante Pflege, Heim, Kurzzeit-/Verhinderungspflege, zus. Betreuungsleistungen, Hausnotruf, Pflegeeinsatzberatung, Wohnumfeldverbesserung etc.)	Rechnungs- betrag  EUR, Ct	Kosten- erstattung von anderer Seite  EUR, Ct	Unfall- bedingte Aufwen- dungen (s. Frage 3)  Datum des Unfalls

### Sie haben weitere Fragen?

- Schauen Sie ins Internet: [www.berlin.de/landesverwaltungsamt/beihilfe](http://www.berlin.de/landesverwaltungsamt/beihilfe)
- Sie können sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Service-Punkt der Zentralen Beihilfestelle im Landesverwaltungsamt Berlin wenden.
- Sie können uns per E-Mail erreichen: [vbb@lvwa.berlin.de](mailto:vbb@lvwa.berlin.de)
- Sie können unter Telefonnummer 90139 6262 das Service-Telefon der Beihilfestelle anrufen

Bitte tragen Sie hier Ihre Aufwendungen für Pflegeleistungen ein, für die Sie eine Beihilfe beantragen.

Sie unterstützen die Bearbeitung, wenn Sie die Aufwendungen nach Personen sortieren.

Vielen Dank!

Bitte geben Sie bei unfallbedingten Aufwendungen das Datum des Unfalls an!

Schauen Sie ins Internet.

Wenden Sie sich an den Service Punkt des LVWA.

Schreiben Sie uns eine E-Mail.

Rufen Sie uns an

Stand 11.2021