

**Kommunaler Versorgungsverband  
Baden-Württemberg**  
- Beihilfeabteilung -  
Postfach 10 01 61  
76231 Karlsruhe

**BF** Beihilfenummer

**Erklärung des Beihilfeberechtigter**

Name

Vorname

Geburtsdatum

**Hinweis:**

Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf Mehrfachnennungen; die verwendeten Bezeichnungen gelten für alle Geschlechter. Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie im Internet unter [www.kvbw.de/Informationspflichten](http://www.kvbw.de/Informationspflichten).

1. Der Haushalt wird normalerweise überwiegend (i. d. R. mehr als 50 %) geführt von:

mir

meinem Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner.

Diese Person wird nachfolgend als die den „Haushalt führende Person“ bezeichnet.

2. Die den Haushalt führende Person war außerhäuslich untergebracht vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Sie war auch sieben Tage danach nicht in der Lage, den Haushalt wieder zu übernehmen.

Sie war auch weitere 14 Tage danach nicht in der Lage, den Haushalt wieder zu übernehmen.

Die ärztliche Bestätigung am Ende des Vordrucks ist ausgefüllt.

Die sonst den Haushalt führende Person kann wegen langfristiger Bettlägerigkeit (z. B. bei Problemschwangerschaft) oder langfristiger krankheitsbedingter Unfähigkeit den Haushalt nicht übernehmen.

Die ärztliche Bestätigung am Ende des Vordrucks ist ausgefüllt.

3. Im Haushalt leben folgende Personen:

|                                     |       | berufstätig/schulpflichtig |      |
|-------------------------------------|-------|----------------------------|------|
|                                     |       | ja                         | nein |
| keine volljährige(n) Person(en)     |       | ja                         | nein |
| Ehegatte/eingetragene Lebenspartner |       | ja                         | nein |
| Kind(er)                            | Name: | ja                         | nein |
|                                     | Name: | ja                         | nein |
|                                     | Name: | ja                         | nein |
| Sonstige                            | Name: | ja                         | nein |
|                                     | Name: | ja                         | nein |
|                                     | Name: | ja                         | nein |

Die berufstätige(n)/schulpflichtige(n) Person(en) wird/werden beurlaubt:

Name: \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

BF - 10a\_31 - BW037174 - 09/2018

An Arbeitstagen ist/sind diese Person(en) wie folgt berufsbedingt abwesend:

Name:

Mo Di Mi Do Fr Sa So  
 vom  
 bis

Name:

Mo Di Mi Do Fr Sa So  
 vom  
 bis

Bei nicht berufstätigen/schulpflichtigen Volljährigen sind Gründe anzugeben, weswegen diesen die Haushaltsführung nicht möglich war:

Name: Gründe:

Name: Gründe:

Name: Gründe:

**4. Die als Familien- und Haushaltshilfe eingesetzte Person Herr/Frau**

Name, Vorname, Anschrift

ist nicht ständig in meinem Haushalt beschäftigt

ist ständig in meinem Haushalt beschäftigt mit Wochenstunden.

Der krankheitsbedingte Mehraufwand beträgt Wochenstunden.

ist kein naher Angehöriger von mir und von meinen berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter und Geschwister).

**5. Die Familien- und Haushaltshilfe wurde in Anspruch genommen:**

vom bis

vom bis

**6. Das Kind/die Kinder (Name(n))**

werden/wurden vom bis

im Haushalt von oder im Heim untergebracht.

Herr/Frau (Name(n)) ist

kein naher Angehöriger

Elternteil, Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, Kind, Großelternanteil, Enkel von mir oder meinen berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

Beförderungsmittel: Öffentliche - Beleg liegt bei  
 PKW

Fahrstrecke: Von bis = km.

7. . Als Vergütung wurde bezahlt (Rechnung bzw. Quittung liegt bei):

stündlich: €,

täglich: €.

Unterschrift des Beihilfeberechtigten

Ort, Datum

**8. Bescheinigung des Arztes**

Herr/Frau

wurde am \_\_\_\_\_ aus der außerhäuslichen Unterbringung entlassen.

Er/Sie ist voraussichtlich bis zum \_\_\_\_\_ nicht in der Lage, den Haushalt wieder zu übernehmen.

ist wegen langfristiger Bettlägerigkeit oder krankheitsbedingter Unfähigkeit nicht in der Lage den Haushalt auszuüben.

Die Unfähigkeit besteht vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Begründung:

Unterschrift/Stempel der Einrichtung

Ort, Datum