Unterbrechung häuslicher Pflege

KVBW Beihilfe

BF Beihilfenummer

Anlage zum Beihilfeantrag vom

Beihilfeberechtigter

Name

Vorname

Geburtsdatum

Pflegebedürftige Person (Name, Vorname)

Pflegeperson (Name, Vorname)

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

Hinweis:

Bitte möglichst erst **nach Ablauf** des Zeitraums, für den die Pflegepauschale abschlagsweise gewährt wurde, ausfüllen und mit dem formellen vierseitigen Beihilfeantrag BF_1_1 einreichen.

Wenn Sie Pflegegeld mit der App „Meine Beihilfe“ oder mit dem vereinfachten Beihilfeantrag BF_1_1_1 beantragen, verwenden Sie stattdessen bitte den Vordruck BF_1_7 (Antrag auf Pflegegeld).

Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf Mehrfachnennungen; die verwendeten Bezeichnungen gelten jeweils 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.

Unterbrechungszeiträume, -gründe

Bitte geben Sie in Spalte 1 der Tabelle die Unterbrechungszeiten an. In Spalte 2 tragen Sie bitte durch Angabe einer der Nummern (1 bis 6) aus nachfolgender Aufstellung den Unterbrechungsgrund ein und geben in Spalte 3 an, wie und durch wen in diesem Zeitraum die Pflege sichergestellt wurde. Verwenden Sie bitte die Nr. I bis III.

Bitte fügen Sie diesem Vordruck Ihren Beihilfeantrag vom _____ bei.

Mögliche Unterbrechungsgründe sind (bitte in Spalte 2 eintragen)

1. Urlaub der Pflegeperson
2. Krankheitsbedingte Abwesenheit der Pflegeperson, z. B. auch stationäre Behandlungen oder Kuren
3. Übernahme der Pflege durch eine andere (neue) Pflegeperson oder Berufspflegekraft
4. Stationärer Aufenthalt des Pflegebedürftigen, z. B. Krankenhausaufenthalt, Rehamaßnahme oder Kurmaßnahme
5. Kurzzeitunterbringung
6. Sonstiges:

BF - 9_4_1 - BW037163 - 06/2023

Beihilfenummer

KVBW
Beihilfe

Die Pflegeperson wurde ersetzt durch eine (bitte in Spalte 3 eintragen)

I. andere nebenberufliche Pflegeperson (bitte den Namen dieser Pflegeperson angeben)

II. Berufspflegekraft

III. stationäre Unterbringung

1 **Aufstellung der Zeiträume**		2 **Grund (Nr. 1-6)**	3 **Ersatz durch (Nr. I-III)**	
vom	bis			
vom	bis			
vom	bis			
vom	bis			
vom	bis			

Unterschrift des Beihilfeberechtigten, ggf. des Bevollmächtigten

Ort, Datum

BF - 9_4_1 - BW037163 - 06/2023