Erklärung über die Einkünfte bei stationärer Pflege

KVBW
Beihilfe

BF Beihilfenummer

Beihilfeberechtigter

Name

Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname der untergebrachten Person

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

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.

1. Anlässlich einer stationären (Kurzzeit-) Pflege wird bzw. wurde Beihilfe zu den Unterkunftskosten beantragt. Die Kosten für Unterkunft einschließlich Investitionskosten und Verpflegung sind im Rahmen der Beihilfeverordnung neben anderen beihilfefähigen Aufwendungen insoweit beihilfefähig, als sie monatlich einen bestimmten Eigenanteil übersteigen.

Bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige oder bei gleichzeitiger vollstationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen beträgt der monatliche Eigenanteil 70 % der Dienst- oder Versorgungsbezüge sowie der Renten aus den gesetzlichen Rentenversicherungen (alle Renten oder wiederkehrende Geldleistungen, die auf Rechtsvorschriften beruhen) und aus zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgungseinrichtungen (z. B. ZVK-Rente, Betriebsrenten).

Zur Berechnung des Eigenanteils benötigen wir Angaben über Ihre persönlichen Verhältnisse und Ihre Einkünfte. Bitte füllen Sie die auf der Rückseite vorbereitete Erklärung aus und senden diese an den KVBW zurück. Fügen Sie bitte ggf. Nachweise über die Höhe der bezogenen Rente(n) (z. B. Rentenanpassungsmitteilungen) bei

2. ☐ Ich bin alleinstehend (ohne berücksichtigungsfähige Angehörige - Ehegatte, eingetragenen Lebenspartner, Kinder) bzw. **alle** berücksichtigungsfähigen Angehörigen und ich sind wegen Pflegebedürftigkeit vollstationär untergebracht. Die Einkünfte der vollstationär untergebrachten Personen sind in der nachfolgenden Ziffer 4 angegeben.

3. ☐ Ich habe berücksichtigungsfähige Angehörige (Ehegatte, eingetragenen Lebenspartner, Kinder); mind. einer meiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen ist nicht oder ich selbst bin **nicht** wegen Pflegebedürftigkeit vollstationär untergebracht. Angaben zu Einkünften gem. Ziffer 4 sind daher entbehrlich.

Sind keine berücksichtigungsfähigen Angehörigen mehr vorhanden (z. B. wegen Scheidung oder Tod des Ehegatten, eingetragenen Lebenspartners, Wegfall der Kinder aus dem Familienzuschlag) oder werden alle berücksichtigungsfähigen Angehörigen ebenfalls vollstationär untergebracht, werde ich dies unverzüglich dem KVBW anzeigen.

BF - 9_9_1_a - BW037160 - 01/2017

Beihilfenummer

KVBW Beihilfe

4. Ich/Wir erhalte(n) folgende Renten und Bezüge (Wird für mehrere Personen Beihilfe zu stationärer Pflege beantragt, sind die folgenden Angaben für jede Person getrennt zu machen.)	ja	nein	Nachweise sind beigefügt	Nachweise liegen vor
4.1 Renten aus der **gesetzlichen Rentenversicherung**				
Altersrente, Rente wegen Erwerbsminderung,	☐	☐	☐	☐
Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, Witwen- oder Witwerrente, Erziehungsrente, Waisenrente	☐	☐	☐	☐
4.2 Renten aus der **zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgungseinrichtungen**				
Versicherungs- oder Versorgungsrente	☐	☐	☐	☐
Witwen- oder Witwerrente, Waisenrente	☐	☐	☐	☐
4.3 **sonstige Renten** oder entsprechende wiederkehrende Geldleistungen	☐	☐	☐	☐
Bitte um Angabe der Art der Rente				
4.4 **Versorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen oder ähnlichen Vorschriften**				
Ruhegehalt	☐	☐	☐	☐
Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld	☐	☐	☐	☐
Die Leistungen werden vom Kommunalen Versorgungsverband (KVBW) ausbezahlt.	☐	☐		
Für Leistungen des KVBW ist die Vorlage von Nachweisen nicht erforderlich.				
4.5 Dienstbezüge, Anwärterbezüge, Unterhaltsbeihilfe, Entpflichtetenbezüge, Übergangsgeld aufgrund gesetzlichen Anspruchs, Unterhaltsbeitrag	☐	☐	☐	☐

5. Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und richtig sind.

Ich verpflichte mich, Änderungen in der Höhe der mir gewährten Renten und Bezüge sowie den Erhalt weiterer Renten und weitere Bezüge anzuzeigen.

Ort, Datum

Unterschrift (Beihilfeberechtigter, gesetzlicher Vertreter oder Bevollmächtigter

geprüft: SB AGL

BF - 9_9_1_a - BW037160 - 01/2017