## Bescheinigung über die Pflegesätze und Entgelte





BF

Beihilfenummer

Beihilfeberechtigter

Name

Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname der untergebrachten Person

Name der Einrichtung

## 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 <a href="www.kvbw.de/Informationspflichten">www.kvbw.de/Informationspflichten</a>.

- 1. Anlässlich einer stationären (Kurzzeit-) Pflege wird bzw. wurde Beihilfe zu den Unterkunftskosten beantragt.

  Bitte lassen Sie die umstehende Bescheinigung über die Tagessätze, ggf. über die monatlichen Pauschalbeträge, der in Anspruch genommenen Pflegeeinrichtung, von der Einrichtung ausfüllen und senden die Bescheinigung an den KVBW zurück.
- 2. (Bitte geben Sie die aufgeteilten S\u00e4tze an, auch wenn der Untergebrachte tats\u00e4chlich ein Einzelzimmer bewohnt oder es sich bei Kurzzeitpflege nicht um eine nach dem SGB XI zugelassene Einrichtung handelt).
  Die Pfleges\u00e4tze und Entgelte unserer Unterbringungseinrichtung sind wie folgt festgesetzt:
- 3. A. Für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten (vgl. §§ 87 und 87 a SGB XI), ohne Zusatzleistungen (vgl. Abschn. C):

|          | Für Unterkunft un | d Verpflegung (€) | Investitionskosten (€)         |              |                   |              |
|----------|-------------------|-------------------|--------------------------------|--------------|-------------------|--------------|
|          | Tagessatz bzw. Mo | onatspauschale    | Tagessatz bzw. Monatspauschale |              |                   |              |
| Zeitraum | Selbstzahler      | Sozialhilfeträger | Selbstzahler                   |              | Sozialhilfeträger |              |
|          |                   |                   | Einbett-Zi.                    | Zweibett-Zi. | Einbett-Zi.       | Zweibett-Zi. |
|          | •                 |                   | •                              | •            | -                 | <u>-</u> '   |

4. B. Für Pflege (vgl. §§ 84 SGB XI), ohne Zusatzleistungen (vgl. Abschn. C):

|          | Tagessatz bzw. Monatspauschale (€) |                        |                   |                        |                   |                        |                   |                        |
|----------|------------------------------------|------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|------------------------|
| Zeitraum | Pflegegrad 2                       |                        | Pflegegrad 3      |                        | Pflegegrad 4      |                        | Pflegegrad 5      |                        |
|          | Selbst-<br>zahler                  | Sozialhilfe-<br>träger | Selbst-<br>zahler | Sozialhilfe-<br>träger | Selbst-<br>zahler | Sozialhilfe-<br>träger | Selbst-<br>zahler | Sozialhilfe-<br>träger |





| 5. | C Für Zusatzleistungen (vgl. § 88 SGB XI):   |                                    |                                 |              |              |  |  |  |  |
|----|--|------------------------------------|---------------------------------|--------------|--------------|--|--|--|--|
|    |  | Tagessatz bzw. Monatspauschale (€) |                                 |              |              |  |  |  |  |
|    | Zeitraum   | Pflegegrad 2                       | Pflegegrad 3                    | Pflegegrad 4 | Pflegegrad 5 |  |  |  |  |
|    | '  |                                    | '                               |              | '            |  |  |  |  |
|    |  |                                    |                                 |              |              |  |  |  |  |
| 6. | D. Vergütungszuschlag wegen erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf (§ 87b SGB XI): |                                    |                                 |              |              |  |  |  |  |
|    | Zeitraum   | Selbstzahler (€)                   | Sozialhilfeträger (€)           |              |              |  |  |  |  |
| 7. | E. Ausbildungsvergütu  | ng (§ 82a SGB XI):                 |                                 |              |              |  |  |  |  |
|    | ı  |                                    | 1                               |              |              |  |  |  |  |
|    | Zeitraum   | Selbstzahler (€)                   | Sozialhilfeträger (€)           |              |              |  |  |  |  |
|    |  |                                    |                                 |              |              |  |  |  |  |
| 8. | F. 1. Hat der Untergeb   | orachte besondere Komfo            | rtleistungen vereinbart?        | ja           | nein         |  |  |  |  |
|    | 2. Werden Zweibettz  | zimmer ausschließlich an           | Paare vergeben?                 | ja           | nein         |  |  |  |  |
|    | 3. Ist dem Haus eine Werkstatt für Behinderte (WfB) angeschlossen?                   |                                    |                                 |              | nein         |  |  |  |  |
|    | 3.1 Wenn ja, we<br>genannten l   | r A bzw. B<br>ja                   | nein                            |              |              |  |  |  |  |
|    | 3.1.1 Wenn nein, wie hoch sind die in A und B enthaltenen Werkstattkosten täglich?   |                                    |                                 |              |              |  |  |  |  |
|    | Zeitraum   | lm Betrag für A si                 | Im Betrag für B sind enthalten: |              |              |  |  |  |  |
|    | l  |                                    |                                 |              |              |  |  |  |  |
|    |  |                                    |                                 |              |              |  |  |  |  |
|    | 3.1 Wie hoch sind ggf. die Kosten für externe WfB-Bereiche täglich? €                |                                    |                                 |              |              |  |  |  |  |
|    | Unterschrift/Stempel des Heims   |                                    |                                 |              |              |  |  |  |  |
|    | Ort, Datum   |                                    |                                 |              |              |  |  |  |  |