



Direktabrechnung Palliativversorgung im Hospiz



Absender (Hospizeinrichtung)

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

BF	Beihilfenummer
Beihilfeberechtigter	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

Antrag auf Beihilfe mit Direktabrechnung bei stationärer Palliativversorgung im Hospiz

Hinweis:

Dieser Antrag ermächtigt die Beihilfestelle, die Beihilfe unmittelbar an die stationäre Hospizeinrichtung oder den/die Rechnungssteller/in zu zahlen. Er stellt keine Abtretung des Beihilfeanspruchs dar.

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. Von der beihilfeberechtigten Person zu beachten und vollständig auszufüllen (sofern Sie eine der nachfolgenden Erklärungen mit „ja“ beantworten, ist eine Direktabrechnung nicht möglich)

Hat sich seit dem letzten Beihilfeantrag **mindestens einer der folgenden Sachverhalte verändert?**

- Ausbildungs-, Dienst- und Beschäftigungsverhältnis, Versorgung, Beurlaubung,
- Familienstand, Anzahl der im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder,
- Krankenversicherungsschutz,
- anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von berücksichtigungsfähigen Angehörigen, soweit hier relevant),
- Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil,
- Einkünfte der/des Ehegattin/Ehegatten oder der/des Lebenspartnerin/Lebenspartners (soweit hier relevant),
- Anschrift.

ja:

Es haben sich Änderungen bei mind. einem der angeführten Sachverhalte ergeben.

nein:

Es haben sich keine Änderungen bei den angeführten Sachverhalten ergeben.

Weitere Erklärungen:

- Stehen anderweitige Ansprüche (z. B. Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe nach Bundesversorgungsgesetz-, Opferentschädigungsgesetz- oder Entwicklungshelfergesetz) zu?

ja nein

Abweichende Bescheidanschrift (freiwillige Angabe):

Der Beihilfebescheid für die mit diesem Direktabrechnungsantrag eingereichte Rechnung soll an folgende Person versendet werden:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Bitte wenden! →

BF - 1,6 - 08/2020

Kommunaler Versorgungsverband Baden-Württemberg - Körperschaft des öffentlichen Rechts

Hauptsitz
Ludwig-Erhard-Allee 19
76131 Karlsruhe
Tel. 0721 5985-0

Zweigstelle
Birkenwaldstraße 145
70191 Stuttgart
Tel. 0711 2583-0

Bankverbindung
Landesbank Baden-Württemberg
BIC: SOLADEST600
IBAN: DE24 6005 0101 0001 0008 58

Sie erreichen uns
montags bis freitags
von 8:00 Uhr
bis 16:30 Uhr

Internet / E-Mail
www.kvbw.de
beihilfe@kvbw.de

2. Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Ich ermächtige die Hospizeinrichtung, direkt mit der Beihilfestelle abzurechnen. Ich bin damit einverstanden, dass die ausschließlich für die Beihilfeabrechnung erforderlichen Daten übermittelt werden und dass die Beihilfestelle Rückfragen zur Abrechnung direkt mit der stationären Einrichtung klärt. Ich entbinde die Beihilfestelle und die behandelnden Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass nicht beihilfefähige Aufwendungen nicht direkt abgerechnet werden können.

Unterschrift der beihilfeberechtigten oder einer zur Antragstellung bevollmächtigten Person

Ort, Datum

3. Von der Hospizeinrichtung zu beachten:

- Eine Direktabrechnung ist ausgeschlossen, wenn die beihilfeberechtigte bzw. bevollmächtigte Person eine Erklärung auf Seite 1 mit „ja“ beantwortet hat.
- Sollte keine Direktabrechnung erfolgen können, werden Sie zeitnah nach Rechnungseingang darüber informiert. Bitte wenden Sie sich in diesem Fall wegen der Begleichung der Rechnung direkt an die beihilfeberechtigte bzw. bevollmächtigte Person.
- Bitte senden Sie der beihilfeberechtigten bzw. bevollmächtigten Person immer eine Rechnung zu.
- Bitte fordern Sie nicht erstattete Rechnungsanteile direkt bei der beihilfeberechtigten bzw. bevollmächtigten Person an.
- Bitte legen Sie eine Kopie des ärztlichen Attests dem Antrag bei.

4. Von der Hospizeinrichtung auszufüllen

Telefonnummer für Rückfragen:

Name, Vorname, Geburtsdatum pflegebedürftige Person:

Liegen die Voraussetzungen nach § 6 Absatz 1 Nummer 8 BVO (analog § 39a SGB V) für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz vor? (d. h. die ambulante Versorgung des/der Patienten/in ist nach ärztlicher Begründung nicht möglich oder nicht ausreichend)

ja nein

Wurde zwischen der Hospizeinrichtung und den gesetzlichen Krankenkassen eine Vergütungsvereinbarung geschlossen?

ja, der Tagessatz beträgt

€

nein

5.

Unterschrift/Stempel des Hospizeinrichtung

Datum

Bitte Rechnungskopie(n) beifügen!

Anlage(n)

Rechnungskopie(n)