

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

BF Beihilfenummer

**Anlage zum Beihilfeantrag vom
Beihilfeberechtigter**

Name

Vorname

Geburtsdatum

Pflegebedürftige Person (Name, Vorname)

Pflegeperson (Name, Vorname)

Hinweis:

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

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.

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 verwenden

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 des Pflegebedürftigen.
5. Kurzzeitunterbringung
6. Sonstiges:

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

- 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, ggfs. des Bevollmächtigten

Ort, Datum