

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

**BF** Beihilfenummer

**Beihilfeberechtigter**

Name

Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname der untergebrachten Person

Name der Einrichtung

**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](http://www.kvbw.de/Informationspflichten).

- 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.
- (Bitte geben Sie die aufgeteilten Sätze an, auch wenn der Untergebrachte tatsächlich ein Einzelzimmer bewohnt oder es sich - bei Kurzzeitpflege - nicht um eine nach dem SGB XI zugelassene Einrichtung handelt). Die **Pflegesätze** und Entgelte unserer Unterbringungseinrichtung sind wie folgt festgesetzt:
- A. Für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten (vgl. §§ 87 und 87 a SGB XI), ohne Zusatzleistungen (vgl. Abschn. C):**

Zeitraum	Für Unterkunft und Verpflegung (€)		Investitionskosten (€)				
	Tagessatz bzw. Monatspauschale		Tagessatz bzw. Monatspauschale				
	Selbstzahler	Sozialhilfeträger	Selbstzahler		Sozialhilfeträger		
			Einbett-Zi.	Zweibett-Zi.	Einbett-Zi.	Zweibett-Zi.	

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

Zeitraum	Tagessatz bzw. Monatspauschale (€)							
	Pflegegrad 2		Pflegegrad 3		Pflegegrad 4		Pflegegrad 5	
	Selbstzahler	Sozialhilfeträger	Selbstzahler	Sozialhilfeträger	Selbstzahler	Sozialhilfeträger	Selbstzahler	Sozialhilfeträger

BF - 9\_9\_2\_a - BW037161 - 01/2017

**5. C. . Für Zusatzleistungen (vgl. § 88 SGB XI):**

Zeitraum	Tagessatz bzw. Monatspauschale (€)			
	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5

**6. D. Vergütungszuschlag wegen erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf (§ 87b SGB XI):**

Zeitraum	Selbstzahler (€)	Sozialhilfeträger (€)

**7. E. Ausbildungsvergütung (§ 82a SGB XI):**

Zeitraum	Selbstzahler (€)	Sozialhilfeträger (€)

- 8. F.**
- 1. Hat der Untergebrachte besondere Komfortleistungen vereinbart? ja    nein
  - 2. Werden Zweibettzimmer ausschließlich an Paare vergeben? ja    nein
  - 3. Ist dem Haus eine Werkstatt für Behinderte (WfB) angeschlossen? ja    nein
  - 3.1 Wenn ja, werden die Werkstattkosten gesondert neben den unter A bzw. B genannten Kosten berechnet? ja    nein
  - 3.1.1 Wenn nein, wie hoch sind die in A und B enthaltenen Werkstattkosten täglich?

Zeitraum	Im Betrag für A sind enthalten:	Im Betrag für B sind enthalten:

3.1 Wie hoch sind ggf. die Kosten für externe WfB-Bereiche täglich? €

Unterschrift/Stempel des Heims

Ort, Datum