

Posteingangsstempel

Antrag auf wiederkehrende Zahlungen in Pflegefällen

(§ 51 Abs. 2 Satz 4 BBhV)

1. Beihilfeberechtigte/r

PK-/Personalnummer:

Name

Geburtsdatum

Vorname

Geschlecht

männlich weiblich

Namenszusatz

Akademischer Grad

AOST-Nr./Beihilfe-ID

2. Hinweis zur oben genannten Rechtsnorm:

Auf Antrag kann die Festsetzungsstelle Beihilfe für Aufwendungen in Pflegefällen (§§ 37 bis 39 BBhV) bis zu zwölf Monate regelmäßig wiederkehrend leisten, wenn sich die beihilfeberechtigte Person in dem Antrag verpflichtet,

- der Festsetzungsstelle jede Änderung der Pflegesituation, z.B. Änderung des Pflegegrades oder Wechsel der Pflegeeinrichtung, unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen und
- den Beihilfeanspruch übersteigende Zahlungen zu erstatten.

3. Hiermit beantrage ich die monatliche Zahlung von Beihilfen zu den regelmäßigen Pflegekosten

Betrag (gerundet auf volle Euro)

in Höhe von EUR

für die pflegebedürftige Person

Name

Vorname

für Monate (höchstens 12 Monate) und jeweils zum Monatsbeginn.

4. Zahlungsweise

Die wiederkehrenden Zahlungen sollen überwiesen werden auf:

das bekannte Konto des/der Beihilfeberechtigten

das bekannte Konto des/der Bevollmächtigten

Name / Institution

Vorname

folgendes Konto:

IBAN

Kontoinhaber/in

5. Ich verpflichte mich,

- a) nach Ablauf des Bewilligungszeitraumes alle Rechnungen, die die wiederkehrenden Zahlungen betreffen, gesammelt mit einem **gesonderten** Beihilfeantrag nebst dem Formular „Erklärung zu Unterbrechungszeiten bei wiederkehrenden Zahlungen in Pflegefällen“ vorzulegen;
- b) der Festsetzungsstelle jede Änderung bei der Pflege unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen, wenn sie Einfluss auf die Beihilfe haben oder haben könnten. Dies ist z.B. der Fall bei einer Änderung des Pflegegrades oder dem Wechsel der Pflegeeinrichtung;
- c) die Beihilfe zu erstatten, soweit nach der Schlussabrechnung die Abschläge den Beihilfeanspruch übersteigen.

Ort

Datum

Unterschrift Beihilfeberechtigte/r bzw. Bevollmächtigte/r