

## Beihilfenummer

### Antrag auf Zahlung eines Zuschusses zu den Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung während der Pflegezeit

Zutreffendes bitte ankreuzen  
oder ausfüllen

#### 1. Person in Pflegezeit

Familiennamen Vorname Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) Rufnummer

Dauer der Pflegezeit vom bis

#### Steuer-Identifikationsnummer (zwingend erforderlich)

#### 2. Beihilfeberechtigte Person

Familiennamen Vorname Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) Rufnummer

#### 3. Pflegebedürftige Person

Beihilfeberechtigte Person Ehegattin/Lebenspartnerin Kind  
Ehegatte/Lebenspartner Vorname:

#### 4. Beitrag während der Pflegezeit

Name der Krankenkasse oder des Versicherungsunternehmens

Monatsbeitrag Monatsbeitrag Familienversicherung  
Krankenversicherung in € Pflegeversicherung in € möglich  
o ja o nein

Bestätigung der Krankenversicherung bzw. Krankenkasse

#### 5. Bankverbindung

Kreditinstitut IBAN BIC

#### 6. Erklärung

Mir ist bekannt, dass ich Änderungen unverzüglich anzuzeigen habe und dass die Zuschüsse ganz oder anteilig zurückzuzahlen sind, falls sie die Höhe der gezahlten Beiträge übersteigen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift antragstellende Person