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

Zentrale Scanstelle Beihilfe
32746 Detmold

Zutreffendes bitte ankreuzen ☐
oder ausfüllen

1. Person in Pflegezeit

Familienname | Vorname | Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) | Rufnummer

Dauer der Pflegezeit | vom | bis

2. Beihilfeberechtigte Person

Familienname | Vorname | Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) | Rufnummer

3. Pflegebedürftige Person

☐ Beihilfeberechtigte Person ☐ Ehegattin/Lebenspartnerin Ehegatte/Lebenspartner ☐ Kind Vorname:

4. Beitrag während der Pflegezeit

Name der Krankenkasse oder des Versicherungsunternehmens

Monatsbeitrag Krankenversicherung in € | Monatsbeitrag Pflegeversicherung in € | Familienversicherung 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 Antragstellerin/Antragsteller

Formular zurücksetzen **Drucken**