

Absender (Pflegeeinrichtung) Telefon-Nr. für Rückfragen:	Antrag auf Zusage der Beihilfezahlung für vollstationäre Pflege in einer Pflegeeinrichtung bei einer Verweildauer von voraussichtlich mindestens 10 Tagen (<i>nicht umfasst sind Kurzzeit- und Verhinderungspflege, auch wenn diese in einer vollstationären Pflegeeinrichtung erbracht wird!</i>)		
Vertrauliche Beihilfeangelegenheit! Landesamt für Steuern und Finanzen Bezügestelle Dresden Referat 339/D – Beihilfe PF 10 06 55 01076 Dresden	Dieser Antrag ermächtigt die Festsetzungsstelle, die Beihilfe unmittelbar an die stationäre Einrichtung zu zahlen.		
	Az. (Org-Nr./Personalnummer) des Beihilfeberechtigten		
	Pflegebedürftige Person (Name, Vorname, Geburtsdatum)		
	Pflegestufe <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall		
Ich erkläre, dass sich folgende Sachverhalte seit dem letzten Beihilfeantrag nicht verändert haben: <ul style="list-style-type: none"> – Ausbildungs-, Dienst- und Beschäftigungsverhältnis, Versorgung, Beurlaubung, – Familienstand, im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder, – Krankenversicherungsschutz, – anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von berücksichtigungsfähigen Angehörigen, soweit hier relevant), – Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil, – anderweitige Ansprüche (zum Beispiel Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, nach Bundesversorgungsgesetz), – die Pflegestufe beziehungsweise der Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung, – meine Einkünfte (relevant bei Beantragung von verbleibenden Aufwendungen nach § 55 Abs. 4 SächsBhVO), – Einkünfte des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners (relevant bei Beantragung von verbleibenden Aufwendungen nach § 55 Abs. 4 SächsBhVO und bei Beantragung von Aufwendungen für den Ehegatten/Lebenspartner), – Anschrift, – Aufwendungen für Unfälle oder Verletzungen, – keine Behandlung durch einen nahen Angehörigen, – keine Änderung hinsichtlich der Antragsvollmachten. 			
<input type="checkbox"/> ja (keine Veränderungen)	<input type="checkbox"/> nein		
	Langantrag	<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird unmittelbar zugeleitet
	Kurzantrag	<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird unmittelbar zugeleitet
	Anlage „Pflege“	<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird unmittelbar zugeleitet
	Erklärung der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG für den Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner	<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird unmittelbar zugeleitet
Hinweise: Bei Veränderungen der vorgenannten Sachverhalte sind der Festsetzungsstelle das ausgefüllte Antragsformular (Langantrag, Anlage 8 zu § 62 Abs. 1 SächsBhVO) sowie die Anlage „Pflege“ (Anlage 10 zu § 62 Abs. 1 SächsBhVO) zu übersenden. Haben sich nur die Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder Lebenspartners geändert, ist auch die Vorlage des Kurzantrages (Anlage 9 zu § 62 Abs. 1 SächsBhVO) und des ausgefüllten Formblattes „Erklärung der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG für den Ehegatten oder Lebenspartner“ (Anhang 2 der VwV-SächsBhVO) ausreichend. Werden Aufwendungen für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner geltend gemacht, ist der Festsetzungsstelle mit Beginn eines Kalenderjahres oder bei erstmaliger Antragstellung das ausgefüllte Antragsformular (Lang- oder Kurzantrag) und die Erklärung der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG für den Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner (Anhang 2 der VwV-SächsBhVO) vorzulegen. Haben sich seit dem letzten Beihilfeantrag lediglich Änderungen im Hinblick auf die Pflegestufe beziehungsweise auf den Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung oder das Einkommen des Beihilfeberechtigten und seines Ehegatten oder Lebenspartners im Sinne des § 55 Abs. 5 SächsBhVO ergeben, ist es ausreichend, wenn der Festsetzungsstelle nur die Anlage „Pflege“ (Anlage 10 zu § 62 Abs. 1) zugeleitet wird.			

Es steht dem Beihilfeberechtigten frei, ob er die Formulare über die Pflegeeinrichtung gemeinsam mit diesem Antrag oder unmittelbar der Festsetzungsstelle zuleitet.

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die Pflegeeinrichtung, direkt mit der Festsetzungsstelle abzurechnen.

Ort, Datum und Unterschrift des Beihilfeberechtigten

Von der vollstationären Pflegeeinrichtung auszufüllen

Pflegezeitraum	von	bis
Unterbrechung wegen (soweit bereits bekannt)		
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt	von	bis
<input type="checkbox"/> Stat. Rehabilitationsmaßnahme	von	bis
<input type="checkbox"/>	von	bis
Zu erwartende monatliche Kosten in Euro:		
davon pflegebedingte Aufwendungen		
davon Unterkunft/Verpflegung		
davon Investitionskosten		
davon Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Abs. 1 SGB XI		
davon sonstige Aufwendungen (zum Beispiel Platzfreihaltegebühren)		
Hinweise:		
<p>Die Direktabrechnung kann für die Dauer von bis zu sechs Monaten, bei berücksichtigungsfähigen Ehegatten und Lebenspartnern längstens jedoch bis zum Ende des Kalenderjahres, unter dem Vorbehalt zugesagt werden, dass durch die vollstationäre Pflegeeinrichtung spätestens mit der Rechnung für den übernächsten Monat etwaige Unterbrechungszeiten und sich daraus ergebende Überzahlungen mitzuteilen sind. Liegen keine etwaigen Unterbrechungszeiten vor, ist dies formlos (zum Beispiel auf der Folgerechnung) zu vermerken. Kommt die vollstationäre Pflegeeinrichtung dieser Verpflichtung nicht nach, erlischt die Zusage der Beihilfezahlung an die vollstationäre Pflegeeinrichtung ab dem darauffolgenden Monat.</p> <p>Nach Ablauf des Bewilligungszeitraumes kann ein erneuter Antrag auf Zusage der Beihilfezahlung durch die vollstationäre Pflegeeinrichtung gestellt werden.</p>		
Datum/Unterschrift/Stempel der Einrichtung		