

Absender (Pflegeeinrichtung)	<p><b>Antrag auf Beihilfe mit Direktabrechnung bei vollstationärer Pflege in einer Pflegeeinrichtung</b>  <small>(nicht umfasst sind Kurzzeit- und Verhinderungspflege, auch wenn diese in einer vollstationären Pflegeeinrichtung erbracht werden!)</small></p> <p>Dieser Antrag ermächtigt die Beihilfestelle, die Beihilfe unmittelbar an die stationäre Pflegeeinrichtung oder den/die Rechnungssteller/in zu zahlen. Er stellt keine Abtretung des Beihilfeanspruchs dar.</p>
<p><b>Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!</b>                  (Adresse der Beihilfestelle)</p>	Name, Vorname und Geburtsdatum Beihilfeberechtigte/r
	Personalnummer Beihilfeberechtigte/r _____ / _____

**Von der / dem Beihilfeberechtigten zu beachten und vollständig auszufüllen**  
 (sofern Sie eine Erklärung mit „Ja“ beantworten, ist eine Direktabrechnung nicht möglich)

Hat sich seit dem letzten Beihilfeantrag **mindestens einer der folgenden Sachverhalte verändert?**

- Ausbildungs-, Dienst- und Beschäftigungsverhältnis, Versorgung, Beurlaubung,
- Familienstand, Anzahl der im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder,
- Krankenversicherungsschutz,
- anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von berücksichtigungsfähigen Angehörigen, soweit hier relevant),
- Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil,
- meine Einkünfte oder Einkünfte des/der Ehegatten/in oder des/der Lebenspartners/in (soweit hier relevant),
- Anschrift.

Ja     Nein

Weitere Erklärungen:

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anderweitige Ansprüche (z. B. Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe nach Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz oder Entwicklungshilfegesetz) stehen zu?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arbeits-, Kindergarten-, Studiums-, Dienst- oder Schulunfall liegt vor? Bei allen anderen Unfällen ist eine Unfallschilderung beizulegen oder der Beihilfestelle nachzureichen.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Ich ermächtige die Pflegeeinrichtung, direkt mit der Beihilfestelle abzurechnen. Ich bin damit einverstanden, dass die Beihilfestelle Rückfragen zur Rechnung direkt mit der Pflegeeinrichtung klärt und etwaige Überzahlungen verrechnet werden können.**

---

Ort, Datum und Unterschrift der / des Beihilfeberechtigten oder einer zur Antragsstellung bevollmächtigten Person

### Von der vollstationären Pflegeeinrichtung zu beachten

- Eine Direktabrechnung ist ausgeschlossen, wenn die/der Beihilfeberechtigte bzw. die/der Bevollmächtigte eine Erklärung mit „Ja“ beantwortet hat.
- Sollte keine Direktabrechnung erfolgen können, werden Sie zeitnah nach Rechnungseingang darüber informiert. Bitte wenden Sie sich in diesem Fall wegen der Begleichung der Rechnung direkt an die pflegebedürftige/bevollmächtigte Person.
- Bitte senden Sie der pflegebedürftigen/bevollmächtigten Person immer eine Rechnungskopie zu.
- Bitte fordern Sie nicht erstattete Rechnungsanteile direkt bei der pflegebedürftigen/bevollmächtigten Person an.
- **Die vollstationäre Pflegeeinrichtung verpflichtet sich, spätestens mit der Rechnung für den übernächsten Monat, bei etwaigen Unterbrechungszeiten oder sonstigen Änderungen korrigierte Rechnungen vorzulegen. Sich ergebende Überzahlungen werden verrechnet.**

### Von der vollstationären Pflegeeinrichtung auszufüllen

Telefonnummer für Rückfragen	
Name, Vorname, Geburtsdatum pflegebedürftige Person	
Pflegestufe (bei Änderung der Pflegestufe bitte geänderten Einstufungsbescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> Pflegestufe I <input type="checkbox"/> Pflegestufe II <input type="checkbox"/> Pflegestufe III <input type="checkbox"/> Pflegestufe III mit Härtefall
Datum, Unterschrift, Stempel der Pflegeeinrichtung	