

Personalnummer

Pflege

Ausgefüllten und unterschriebenen Antrag senden an

Performa Nord
Beihilfefestsetzungsstelle
Schillerstr. 1
28195 Bremen

Antrag auf Gewährung ergänzender Leistungen bei vollstationärer Pflege

Anhand nachfolgender Angaben bitte ich zu prüfen, ob eine weitergehende Beihilfe zu den Aufwendungen für Pflegeleistungen, Verpflegung und Unterkunft einschließlich Investitionskosten gemäß § 4 j Abs. 2 BremBVO gewährt werden kann. **Bei Änderungen in den Punkten ist keine erneute Antragstellung notwendig. Wir bitten Sie in diesen Fällen lediglich um Übersendung der entsprechenden Nachweise.**

Name, Vorname

Geburtsdatum

1. Sind Sie verheiratet bzw. besteht eine eingetragene Lebenspartnerschaft?

Ja

Nein

Name, Vorname des Ehegatten/der Ehegattin
bzw. des eingetragenen Lebenspartners/der
eingetragenen Lebenspartnerin

2. Haben Sie Kinder, für die Sie den kinderbezogenen Familienzuschlag nach dem Landesbesoldungsgesetz erhalten?

Ja, folgende

Nein

1. Kind

2. Kind

3. Kind

4. Kind

Personalnummer

Pflege

3. Welche Person befindet sich in einer vollstationären Pflegeeinrichtung?

- Antragsteller/in
- Ehegatte/Ehegattin bzw. eingetragene/r Lebenspartner/in
- Kind

Leistungszusage der Pflegeversicherung

- Liegt der Beihilfestelle bereits vor
- liegt diesem Antrag bei

Pflegegrad

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

4. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht bei der vollstationär gepflegten Person?

- Private Krankenversicherung
- Freiwillige gesetzliche Krankenversicherung
- Gesetzliche Pflichtversicherung
- Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung

5. Welche Einkünfte bezogen Sie und Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte bzw. Ihre eingetragene Lebenspartnerin/Ihr eingetragener Lebenspartner im Kalenderjahr vor Antragstellung? Bitte übersenden Sie entsprechende Nachweise, anderenfalls kann eine Bearbeitung Ihres Antrages nicht erfolgen.

	Antragsteller/in	Ehegatte/Ehegattin Lebenspartner/in
Dienst-/Versorgungsbezüge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rente/n aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwerbseinkommen im Sinne des § 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz (EStG) (z.B. auch Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung)	Entfällt	<input type="checkbox"/>

Entsprechende Nachweise (z.B. Versorgungsmitteilung, Renten- und Einkommenssteuerbescheid)

- liegen der Beihilfestelle bereits vor
- liegen diesem Antrag bei

Ort, Datum

Unterschrift