

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

An

Zutreffendes bitte ankreuzen
oder ausfüllen

1. Person in Pflegezeit

Familiennamen Vorname Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) Rufnummer
Dauer der Pflegezeit vom bis

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 Krankenversicherung in € Monatsbeitrag Pflegeversicherung in € Familienversicherung möglich
 ja nein

Bestätigung der Krankenversicherung bzw. der 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