

Anlage 2

**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**

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)		Telefon
Dauer der Pflegezeit:	vom	bis

**2. Beihilfeberechtigte / Beihilfeberechtigter**

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)		Telefon

**3. Pflegebedürftige Person**

<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigter	<input type="checkbox"/> Ehegatte	<input type="checkbox"/> Kind Vorname:
---	-----------------------------------	--

**4. Beitrag während der Pflegezeit**

Name der Krankenkasse oder des Versicherungsunternehmens		
Monatsbeitrag Krankenversicherung in €	Monatsbeitrag Pflegeversicherung in €	Familienversicherung möglich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestätigung der Krankenversicherung bzw. der Krankenkasse		

**5. Bankverbindung**

Kreditinstitut:	Kontonummer	Bankleitzahl
-----------------	-------------	--------------

**6. Erklärung**

Mir ist bekannt, dass ich Änderungen unverzüglich anzuzeigen habe und die Zuschüsse ganz oder anteilig zurückzuzahlen sind, falls sie die Höhe der gezahlten Beiträge übersteigen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers