

Ergänzungsantrag bei vollstationärer Pflege



Ausgefüllt und unterschrieben zurück an

Performa Nord
Beihilfefestsetzungsstelle
Schillerstr. 1
28195 Bremen

Eingangsstempel Performa Nord

Zutreffendes bitte ankreuzen

Beihilfeberechtigte Person	
4-stellige Kundennummer & 7-stellige Personalnummer	Telefon (<i>freiwillige Angabe</i>)
Name, Vorname	Geburtsdatum
Eintrittsdatum in den öffentlichen Dienst	E-Mail (<i>freiwillige Angabe</i>)
Hiermit bestätige ich, dass ich mindestens ein Jahr ununterbrochen im bremischen öffentlichen Dienst tätig bin.	Hiermit bestätige ich, dass ich mindestens zehn Jahre dem öffentlichen Dienst angehöre.

Wichtige Hinweise
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hierbei handelt es sich um einen Antrag auf Gewährung ergänzender Leistungen bei vollstationärer Pflege. ▶ Bei Änderungen füllen Sie bitte nur die Rubriken aus, in denen sich Änderungen ergeben haben. (Nur die neuen Daten eintragen) ▶ Bitte fügen Sie dem Antrag entsprechende Nachweise bei. ▶ Beachten Sie bitte das Blatt „Ausfüllhinweise“. Hier finden Sie weitere Informationen und welche Anlagen beigefügt werden müssen. ▶ Formulare finden Sie im Internet unter https://performanord.bremen.de unter der Rubrik Dokumente → Beihilfe & Heilfürsorge.

1. Angaben zur pflegebedürftigen Person	
Wer befindet sich in einer vollstationären Pflegeeinrichtung?	
Beihilfeberechtigte Person	Ehe- / Lebenspartner:in
Kind	
Name, Vorname (der pflegebedürftigen Person)	
Pflegegrad	1 2 3 4 5
Welcher Versicherungsschutz besteht bei der vollstationär gepflegten Person?	
Private Krankenversicherung	Freiwillige gesetzliche Krankenversicherung
Gesetzliche Pflichtversicherung	Gesetzliche Familienversicherung
▶ Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung	ist beigefügt liegt bereits vor

2. Art der Einkünfte		
Welche Einkünfte bezogen die beihilfeberechtigte Person und die/der Ehe- bzw. eingetragene:r Lebenspartner:in im Kalenderjahr vor der Antragstellung?	Beihilfeberechtigte Person	Ehe- bzw. eingetragene:r Lebenspartner:in
Dienst- / Versorgungsbezüge		
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung		
Renten aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung		
Erwerbseinkommen im Sinne des § 2 Abs.3 Einkommensteuergesetz		
▶ Entsprechende Nachweise	sind beigefügt	liegen bereits vor

3. Abweichende antragstellende Person <i>(bitte die Ausfüllhinweise beachten)</i>		
<i>(nur auszufüllen, wenn Sie nicht die beihilfeberechtigte Person sind)</i>		
Bevollmächtigte:r	Kind, Ehe- oder Lebenspartner:in	sonstige:r
Name, Vorname (der antragstellenden Person)		
Anschrift		
▶ Nachweis	ist beigefügt	liegt bereits vor

4. Zusendung von Antragsformularen	
Ich benötige:	
Antrag - krankheitsbedingte Aufwendungen	Ergänzungsblatt „Persönliche Daten“
Antrag - pflegebedingte Aufwendungen	Ergänzungsantrag bei vollstationärer Pflege
Ausfüllhinweise	Folgendes

5. Unterschrift	
Ich versichere mit dem Einreichen dieses Antrages die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich überzahlte Beihilfe zu erstatten habe. Zudem wurden für die geltend gemachten Aufwendungen bisher keine Beihilfe beantragt und gewährt. Anhand der oben getätigten Angaben bitte ich zu prüfen, ob eine weitergehende Beihilfe zu dem Aufwendungen für Pflegeleistungen, Verpflegung und Unterkunft einschließlich Investitionskosten gemäß § 4j Abs.2 Bremische Beihilfeverordnung gewährt werden kann.	
Ort, Datum	Unterschrift