

Absender (Pflegeeinrichtung):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!**

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen  
 Sachgebiet Beamtenversorgung und Beihilfe  
 Marschnerstraße 37  
 01307 Dresden

 0351 4401-340  
 0351 4401-333

 Telefon-Nr.  
 für Rückfragen: \_\_\_\_\_

 Personalnummer des  
 Beihilfeberechtigten: \_\_\_\_\_

 Pflegebedürftige Person  
 Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Pflegegrad

 1  2  3  4  5

## Antrag auf Direktabrechnung mit dem KVS

für vollstationäre Pflege in einer Pflegeeinrichtung (nicht umfasst sind Kurzzeit- und Verhinderungspflege, auch wenn diese in einer vollstationären Pflegeeinrichtung erbracht wird!)

Dieser Antrag ermächtigt den KVS, die Beihilfe unmittelbar an die stationäre Einrichtung zu zahlen.

### Von der vollstationären Pflegeeinrichtung auszufüllen

(Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und füllen Sie die Felder vollständig aus!)

Pflegezeitraum	von	bis
Unterbrechung wegen		
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt	von	bis
<input type="checkbox"/> Stat. Rehabilitationsmaßnahme	von	bis
<input type="checkbox"/>		
zu erwartende Kosten in EUR:		Datum
davon pflegebedingte Auswendungen:		Unterschrift/Stempel der Pflegeeinrichtung
davon Unterkunft/Verpflegung:		
davon Investitionskosten:		
davon Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Abs. 1 SGB XI		
davon sonstige Aufwendungen (zum Beispiel Platzfreihaltegebühren)		

### Erklärung des Beihilfeberechtigten

Ich erkläre, dass sich folgende Sachverhalte seit dem letzten Beihilfeantrag nicht verändert haben:

- Ausbildungs-, Dienst- und Beschäftigungsverhältnis, Versorgung, Beurlaubung,
- Familienstand, im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder,
- Krankenversicherungsschutz,
- anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von berücksichtigungsfähigen Angehörigen, soweit hier relevant),
- Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil,
- anderweitige Ansprüche (zum Beispiel Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, nach Bundesversorgungsgesetz),
- die Pflegestufe beziehungsweise der Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung,
- meine Einkünfte und Einkünfte des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners (relevant bei Beantragung von verbleibenden Aufwendungen nach §§ 55 Abs. 4 SächsBhVO und bei Beantragung von Aufwendungen für den Ehegatten/Lebenspartner),
- Anschrift,
- Aufwendungen für Unfälle oder Verletzungen und keine Behandlung durch einen nahen Angehörigen,
- keine Änderung hinsichtlich der Antragsvollmachten.

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die Pflegeeinrichtung, direkt mit dem KVS abzurechnen.

Ort

Datum

Unterschrift des Beihilfeberechtigten