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

Zentrale Scanstelle Beih 32746 Detmold	nilfe	Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen
1. Person in Pflegezeit		
Familienname	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnumme	er, PLZ, Wohnort)	Rufnummer
Dauer der Pflegezeit	vom	bis
2. Beihilfeberechtigte Perso	n	
Familienname	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnumme	er, PLZ, Wohnort)	Rufnummer
<b>3. Pflegebedürftige Person</b> Beihilfeberechtigte Person	Ehegattin/Lebenspartnerin Ehegatte/Lebenspartner	n Kind Vorname:
4. Beitrag während der Pfleg Name der Krankenkasse oder		ens
Monatsbeitrag Krankenversicherung in €	Monatsbeitrag Pflegeversicherung in €	Familienversicherung möglich o ja o nein
Bestätigung der Krankenversid	cherung bzw. Krankenkasse	•
5. Bankverbindung		
Kreditinstitut	IBAN	BIC
ganz oder anteilig zurückzuzah	len sind, falls sie die Höhe der	en habe und dass die Zuschüsse gezahlten Beiträge übersteigen.
Ort, Datum	Unters	schrift Antragstellerin/Antragsteller