

**Erklärung zum Einkommen bei vollstationärer
Pflege in einer Pflegeeinrichtung**

| | |
|----------------|--------------|
| Personalnummer | Geburtsdatum |
|----------------|--------------|

Bedienstete/r / Versorgungsempfänger/in

| | |
|------|---------|
| Name | Vorname |
|------|---------|

**Niedersächsisches Landesamt
für Bezüge und Versorgung
Beihilfestelle
Postfach 1570
26585 Aurich**

Wichtige Hinweise:

- **Nachweise** über die Höhe der Einnahmen (Rentenbescheid, Rentenanpassungs-, Gehaltsmitteilung etc.) **sind dieser Erklärung beizufügen.**
- Änderungen jeglicher Art, insbesondere das Hinzukommen weiterer Einnahmen oder einer neuen Rente sind anzuzeigen.
- Bei unterlassener oder verspäteter Anzeige von Änderungen der Einnahmen sind evtl. entstehende Überzahlungen zu erstatten.
- **Die Erklärung ist vollständig auszufüllen.**

Erklärung zum Einkommen

1. Folgende Einkünfte sind vorhanden (bitte Bruttobeträge angeben):

| | Beihilfeberechtigte Person | Ehegatte / Lebenspartner |
|---|---|---|
| Monatliche Einnahmen | ab | ab |
| Versorgungsbezüge nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften ohne kinderbezogene Anteile im Familienzuschlag | <input type="checkbox"/> Ja, _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein |
| Dienstbezüge (Grundgehalt, Familienzuschlag ohne kinderbezogene Anteile, Altersteilzeitzuschlag, Zuschlag bei begrenzter Dienstfähigkeit) | <input type="checkbox"/> Ja, _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein |
| Hinterbliebenenversorgung oder -rente | <input type="checkbox"/> Ja, _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein |
| sonstige Einkünfte aus selbständiger und nichtselbständiger Tätigkeit | <input type="checkbox"/> Ja, _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein |
| gesetzliche Renten (z.B. Altersrenten oder Erwerbsminderungsrenten von der Deutschen Rentenversicherung (DRV)) | <input type="checkbox"/> Ja, _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein |
| Zusatzrente für den öffentlichen Dienst (z. B. VBL-Rente) | <input type="checkbox"/> Ja, _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein |
| Zusatzrente einer kommunalen Zusatzversorgungskasse | <input type="checkbox"/> Ja, _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein |
| Entgeltersatzleistungen (z.B. Krankengeld, Arbeitslosengeld oder -hilfe, Unterhaltsgeld) | <input type="checkbox"/> Ja, _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein |

Bitte Rückseite beachten

| | |
|---|-----------------|
| Es besteht/bestand ein Rentenanspruch, <input type="checkbox"/> der nicht beantragt, <input type="checkbox"/> auf den verzichtet, <input type="checkbox"/> der kapitalisiert, <input type="checkbox"/> der abgefunden wurde. | Name der Person |
| Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers (z.B. DRV, VBL) | Aktenzeichen |

2. Pflegewohngeld (Angaben nur bei Personen erforderlich, die Ihren Wohnsitz in Mecklenburg-Vorpommern oder Schleswig-Holstein haben)

Wurde Pflegewohngeld bewilligt?

Ja seit: mtl. Betrag EUR Nein

Wird das Pflegewohngeld bereits unmittelbar bei den Investitionskosten der Pflegeeinrichtung berücksichtigt? (Bitte Bestätigung des Pflegeheims beifügen!) Ja Nein

3. Befindet sich der Ehegatte / Lebenspartner oder ein anderer berücksichtigungsfähiger Angehöriger in vollstationärer Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung i.S.d. § 72 Abs.1 S. 1 Sozialgesetzbuch - Elftes Buch (SGB XI)?

Nein

Ja Name Vorname seit:

Ich versichere nach bestem Wissen die **Vollständigkeit und Richtigkeit** meiner Angaben.

Die wichtigen Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

Nachweise über meine Einkünfte habe ich beigefügt.

| | |
|-------|--------------|
| Datum | Unterschrift |
|-------|--------------|