

Erklärung zum Einkommen bei vollstationärer Pflege in einer Pflegeeinrichtung

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

Personalnummer	Geburtsdatum
Bedienstete/r / Versorgungsempfänger/in	
Name	Vorname

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.

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>