

2026

Ausfüllhilfe zur Anlage Pflege



Diese Anleitung soll Ihnen dabei helfen, die Anlage Pflege (Anlage 7) auszufüllen.

Bitte verwenden Sie für jede pflegebedürftige Person eine eigene Anlage Pflege.

Bei Fragen sind wir telefonisch für Sie erreichbar:		
Montag bis Freitag		0211/6023-06
7:00 Uhr – 16.00 Uhr		
Weitere interessante Informationen rund um die Pflege:		
	✓ Allgemeines zum Thema Pflege ✓ Häusliche Pflege ✓ Vollstationäre Pflege ✓ Abschlagszahlungen zu pflegebedingten Aufwendungen	
... finden Sie auch auf unserer Internetseite: <u>Beihilfefähige Aufwendungen -Pflege-</u>		
	Die Anlage Pflege wird benötigt, wenn Sie Leistungen zu Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit beantragen wollen:	
✓ Pflegepauschale (häusliche Pflege durch eine selbst beschaffte Pflegeperson) ✓ Pflegesachleistung (häusliche Pflege durch einen Pflegedienst) ✓ Kombinationspflege (häusliche Pflege durch eine Pflegeperson und einen Pflegedienst) ✓ Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege) ✓ Wohngruppenzuschlag ✓ Leistungen zu gemeinschaftlichen Wohnformen ✓ Hilfsmittel, soweit Sie von der Pflegeversicherung als Pflegehilfsmittel anerkannt wurden, wie z.B. Hausnotrufsysteme. ✓ Verhinderungspflege/ Kurzzeitpflege ✓ Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen ✓ Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes ✓ Kosten für die Pflege und Betreuung in einer Einrichtung der Behindertenhilfe ✓ Aufwendungen für vollstationäre Pflege ✓ Unterstützungsangebote im Alltag		



Bitte beachten Sie:

- ✓ Die Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb von 24 Monaten nach Rechnungsdatum beantragt wird (§ 13 Abs. 3 der Beihilfeverordnung des Landes Nordrhein-Westfalen (BVO NRW).
- ✓ **Ärztlich verordnete Behandlungspflege** umfasst ausschließlich medizinische Leistungen (z.B. Verbandwechsel oder Medikamentengabe) und zählt daher nicht zu den Leistungen der Pflege.
- ✓ **Ärztlich verordnete Hilfsmittel** zählen zu krankheitsbedingten Aufwendungen. Behandlungspflege und ärztlich verordnete Hilfsmittel beantragen Sie bitte separat mit dem **Kurzantrag auf Zahlung einer Beihilfe** ([Anlage 6](#))
- ✓ Die **Pflegepauschale** wird **ohne Vorlage von Rechnungen** gezahlt. Bei Unterbrechung der Pflege von mehr als acht Wochen wird die Pflegepauschale gekürzt.
- ✓ **Alle sonstigen Pflegeleistungen** sind unter Vorlage von Rechnungen geltend zu machen. Fügen Sie dem Antrag Kopien von Rechnungen und ggf. Bescheinigungen der Pflegeversicherung bei. Reichen Sie **bitte keine Originale** ein, diese werden nicht zurückgesandt.



Ausfüllhilfe zur Anlage Pflege Hinweise zu den einzelnen Punkten im Vordruck



Anlage Pflege
Beihilfenverordnung Nordrhein-Westfalen (BVO NRW)

Zentrale Scanstelle
Beihilfe
32746 Detmold

Beihilfeberechtigte Person	
Beihilfe-Nr.:	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Telefonnummer*:	
E-Mail-Adresse*:	

* Angabe freiwillig



Tragen Sie hier bitte die **Daten der beihilfeberechtigten Person ein**. Der QR-Code dient ausschließlich der internen Erfassung und Zuordnung Ihres Antrags.

Bitte für jede pflegebedürftige Person, für die Sie Beihilfe beantragen, eine eigene Anlage ausfüllen.

1. Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name: _____ Vorname: _____

- ☐ Beihilfeberechtigte Person
☐ Ehegattin/Ehegatte/eingetragene Lebenspartnerin/eingetragener Lebenspartner
☐ Kind

Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Einstufungs- bzw. Bewilligungsbescheid der Pflegeversicherung: ☐ liegt vor, keine Änderungen
☐ wird nachgereicht



Bitte machen Sie hier **Angaben zu der pflegebedürftigen Person**.

Bei der ersten Beantragung oder Änderungen sind der Pflegegrad, die Art der Pflegeleistungen und der Beginn der Einstufung durch den Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung nachzuweisen. Die Angaben entnehmen Sie bitte dem Bescheid der Pflegeversicherung.

2. Mit diesem Antrag mache ich Aufwendungen geltend für:

- | | |
|--|---|
| ☐ Pflegedienst | ☐ Vollstationäre Pflege |
| ☐ Pflegeperson (Pflegegeld) | ☐ Wohngruppenzuschlag |
| ☐ Kombination | ☐ Anschubfinanzierung |
| ☐ Kurzzeitpflege | ☐ Wohnumfeldverbesserung |
| ☐ Verhinderungspflege | ☐ Gemeinschaftliche Wohnformen |
| ☐ Tages-/Nachtpflege | ☐ Sonstiges _____ |
- ☐ Unterstützungs- und Entlastungsleistungen:
Rechnungen über Unterstützungsangebote im Alltag bitte ich
☐ nach § 45a SGB XI in Pflegsachleistungen umwandeln
☐ aus dem Budget des Entlastungsbetrages abrechnen

Pflegeart und Leistungs-/Antragszeitraum

Pflegeart _____	vom _____	bis _____
Pflegeart _____	vom _____	bis _____
Pflegeart _____	vom _____	bis _____



Machen Sie durch Ankreuzen kenntlich, welche Leistungen abgerechnet werden sollen. Geben Sie bitte außerdem je **Pflegeart** den **Zeitraum** an, für den eine Beihilfe beantragt wird. Das ist in der Regel der **zurückliegende Zeitraum**, für den **noch kein Antrag auf Pflegeleistungen** gestellt wurde. Bei **erstmaliger Antragstellung** tragen Sie den Zeitraum ab **Beginn der Einstufung bis zum Ende des vorausgegangenen Monats** ein. Bei der Abrechnung von Abschlagszahlungen ist der **bewilligte Zeitraum einzutragen**, also in der Regel die vergangenen 12 Monate.

- Bei Aufwendungen für eine **Kurzzeit-/Verhinderungspflege** fügen Sie den Rechnungen bitte die **Leistungsabrechnung der Pflegeversicherung** bei.
- Maßnahmen zur **Wohnumfeldverbesserung** sind erst nach Bewilligung der Pflegeversicherung beihilfefähig. Daher fügen Sie bitte den **Leistungsnachweis der Pflegeversicherung** bei.
- **Pflegehilfsmittel** müssen hier nicht gesondert aufgeführt werden. Es genügt, wenn Sie dem Antrag die **Rechnung** und den **Erstattungsnachweis der Pflegeversicherung** beifügen.
- Bei Rechnungen über **Unterstützungsangebote im Alltag** kann eine Erstattung über den **Entlastungsbetrag** erfolgen oder über die **Umwandlung in Pflegsachleistungen**. Bitte geben Sie an, wie wir die Abrechnung vornehmen sollen.

2a. Häusliche Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Dauer der Pflege (ggf. je Pflegeperson): _____ Stunden/Woche

Bitte teilen Sie jede weitere Pflegeperson separat unterschriftlich mit.

Unterbrechung der häuslichen Pflege (Krankenhausaufenthalt, stationäre Rehabilitationsmaßnahme, Teilstationäre Pflege der pflegebed. Person; Kurzzeitpflege; Verhinderungspflege (ganztägig > 8 Stunden/Tag); stundenweise (bis zu 8 Stunden/Tag); Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson)

Art und Zeitraum der Unterbrechung: _____

Bitte Nachweise beifügen, sofern nicht bereits vorgelegt.



Der Punkt 2a ist **nur bei häuslicher Pflege** durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen auszufüllen. Bitte machen Sie vollständige Angaben zu Ihrer/n Pflegeperson/en. Zur korrekten Festsetzung der Beihilfe werden **Angaben über eventuelle Unterbrechungszeiten** bei der häuslichen Pflege benötigt. Bitte tragen Sie entsprechende Zeiten ein.

2b. Vollstationäre Pflege

Einkommensnachweis (nur ausfüllen bei erstmaliger Antragstellung und bei jeder Änderung)

Bei Beantragung von Beihilfen zu Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung sowie Investitionskosten sind Nachweise über die monatlichen Bezüge, Renten usw. der beihilfeberechtigten Person sowie – bei stationär gepflegten Angehörigen – der/des Ehegattin/Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners/in beizufügen.

☐ Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto, ohne sonstige variable Bezügebestandteile)

- | | |
|---|---------------------|
| ☐ Beihilfeberechtigte Person | in Höhe von _____ € |
| ☐ Ehegattin/Ehegatte/eingetragene Lebenspartner/in | in Höhe von _____ € |

☐ Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters-/Hinterbliebenenversorgung

- | | |
|---|---------------------|
| ☐ Beihilfeberechtigte Person | in Höhe von _____ € |
| ☐ Ehegattin/Ehegatte/eingetragene Lebenspartner/in | in Höhe von _____ € |

☐ Arbeitsentgelt/Entgeltersatzleistung

- | | |
|---|---------------------|
| ☐ Beihilfeberechtigte Person | in Höhe von _____ € |
| ☐ Ehegattin/Ehegatte/eingetragene Lebenspartner/in | in Höhe von _____ € |

Unterbrechungen der vollstationären Pflege sind durch Belege nachzuweisen. (Bsp. Korrekturrechnung der Pflegeeinrichtung).



Der Punkt 2b ist **nur bei vollstationärer Pflege** auszufüllen. Zur Prüfung, ob bei vollstationärer Pflege eine Beihilfe zu den **Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie zu den Investitionskosten** gezahlt werden kann, sind **Angaben über das monatliche Einkommen** erforderlich. Diese umfassen:

- ✓ (Brutto-)Dienst- oder Versorgungsbezüge
- ✓ Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (ohne Beitragszuschüsse zur Krankenversicherung)
- ✓ Einkünfte aus Alters- oder Hinterbliebenenversorgung
- ✓ das Erwerbseinkommen der beihilfeberechtigten Person
- ✓ sonstige Einkünfte (z.B. ausländische Renten)

Die entsprechenden Nachweise (z.B. Rentenbescheide) sind dem Antrag beizufügen. Änderungen sind zeitnah anzuzeigen.

Bei **eventuellen Unterbrechungen der vollstationären Pflege (z.B. durch Krankenhausaufenthalt)** ist ein entsprechend korrigierter Beleg vorzulegen.

Leistungszuschlag

Die pflegebedürftige Person erhält von der Pflegeversicherung folgenden Leistungszuschlag zu dem ihr verbleibenden Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten nach § 43c SGB XI (Pflege- und Ausbildungskosten):

ab Datum: _____

in Prozent: _____ %

monatlicher Betrag: _____ €

Bitte Nachweis der Pflegeversicherung bei erstmaligem Leistungszuschlag und bei Änderungen beifügen.



Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5 in vollstationärer Langzeitpflege erhalten einen **Leistungszuschlag der Pflegeversicherung zum Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten**. Die Höhe dieses Zuschlages wird zur korrekten Berechnung der zustehenden Beihilfe benötigt.

Pflegewohngeld (Bitte Bestätigung des Pflegeheims beifügen.)

Zur Zahlung der Investitionskosten wurde Pflegewohngeld beantragt: ☐ Ja ☐ Nein

Bewilligung ab Datum: _____, monatlicher Betrag _____ €

☐ Das bezogene Wohngeld wurde bereits unmittelbar bei den Investitionskosten berücksichtigt.



Das **Pflegewohngeld** ist eine **Leistung zu den Investitionskosten**, die im **Bedarfsfall** durch die Pflegeeinrichtung bei der zuständigen Gemeinde beantragt wird und an das jeweilige Pflegeheim gezahlt wird. Nähere Einzelheiten können Sie bei Ihrer Pflegeeinrichtung erfahren.

3. Antrag auf Zahlung eines Abschlags

Hiermit beantrage ich die Zahlung eines monatlichen Abschlags zu den zu erwartenden Kosten der

- ☐ stationären Pflege
- ☐ ambulant betreuten Wohngruppe (Wohngruppenzuschlag)
- ☐ häuslichen Pflege durch selbst beschaffte Pflegekräfte (Pflegegeld).



Abschlagszahlungen werden in der Regel für einen Zeitraum von 12 Monaten bewilligt.

Wählen Sie bitte die gewünschte **Abschlagsart** durch Ankreuzen.

Über die Zahlungsaufnahme erhalten Sie einen **gesonderten Bescheid**.

Erst nach Ablauf der Abschlagszahlungen wird ein Beihilfeantrag benötigt.

Unterbrechungszeiten in der Pflege (wie etwa Krankenhausaufenthalt oder Rehabilitationsmaßnahmen) sind dann zur Berücksichtigung bei der Abrechnung entsprechend **unter Punkt 2a oder 2b anzugeben**.