

(Personalservice – Personalakten  
 führende Stelle-)

**Anforderung des Beitragszuschusses zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung gemäß § 61 SGB XI**

Name, Vorname	Privatanschrift: Straße , Hausnummer								
Beschäftigungsstelle	Postleitzahl, Wohnort								
Telefon (dienstlich)	Personal- Nummer <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								

**Hinweis:** Arbeitnehmer/innen, denen nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege ein Anspruch auf Beihilfe zusteht, erhalten grundsätzlich keinen Beitragszuschuss. Hinterbliebene (Witwen, Witwer) eines Beamten/einer Beamtin, eines Richters/einer Richterin oder eines Ruhestandsbeamten/einer Ruhestandsbeamtin erhalten unter bestimmten Voraussetzungen einen geminderten (= halben) Beitragszuschuss.

**1. Erklärung zu Beihilfeansprüchen**

Ich habe

- keinen** Anspruch auf Beihilfe bei Krankheit und Pflege nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen
- Anspruch auf Beihilfe bei Krankheit und Pflege als Hinterbliebene(r) (Witwe, Witwer) eines Beamten usw.

**2. Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Arbeitnehmer/innen**

- Ich bin seit dem \_\_\_\_\_ versicherungspflichtig in der **sozialen Pflegeversicherung** als freiwilliges Mitglied in folgender Krankenkasse \_\_\_\_\_ .  
 Einen Antrag auf Befreiung von der sozialen Pflegeversicherung habe ich nicht gestellt. Für die soziale Pflegeversicherung zahle ich einen Beitrag in Höhe von monatlich \_\_\_\_\_ Euro (ohne den Beitragszuschlag für Kinderlose).  
 Eine **Bescheinigung** meiner Pflegekasse über die Höhe des von mir zu zahlenden Beitrages ist beigefügt.  
**Hinweis:** Bitte nur noch Tz. 6 ausfüllen und unterschreiben.

**3. Befreiung von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung**

- Ich bin von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit  gemäß § 22 SGB XI  
 gemäß Artikel 41 Abs. 1 Pflege-Versicherungsgesetz  gemäß Artikel 42 Abs. 1 Pflege-Versicherungsgesetz.  
 Der Bescheid der zuständigen Pflegekasse über die Befreiung  ist beigefügt  liegt bereits vor.

**4. Privat krankenversicherte Arbeitnehmer/innen**

- Als bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versicherte(r) Arbeitnehmer(in) bin ich seit dem \_\_\_\_\_ versicherungspflichtig zur **privaten Pflegeversicherung**.

**5. Angaben zur privaten Pflegeversicherung**

5.1 Ich habe

- keine** Angehörigen (Ehegatte/ Lebenspartner <sup>1)</sup> und Kinder <sup>2)</sup> )
- die folgenden Angehörigen:

Bitte für jeden aufgeführten Angehörigen beantworten:

		Hat der Angehörige ein <b>Gesamteinkommen</b> <sup>3)</sup> , das regelmäßig im Monat die <b>allgemeine Einkommensgrenze</b> <sup>4)</sup> übersteigt?		Übt der Angehörige hauptberuflich eine selbständige Erwerbstätigkeit aus?		Hat der Angehörige seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland?	
		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
5.2	Ehegatte/ Lebenspartner 1): Name, Vorname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	Kind(er) 2): Name, Vorname, Geburtsdatum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5.4 Bitte nur ausfüllen, wenn unter Tz. 5.3 mindestens ein mit dem Ehegatten bzw. dem Lebenspartner <sup>1)</sup> verwandtes Kind aufgeführt ist und der Ehegatte bzw. der Lebenspartner <sup>1)</sup> nicht in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist:**

Das **Gesamteinkommen** <sup>3)</sup> meines Ehegatten bzw. Lebenspartners <sup>1)</sup> übersteigt regelmäßig im Monat die **besondere Einkommensgrenze** <sup>4)</sup> in Höhe eines Zwölftels der Jahresarbeitsentgeltgrenze und ist regelmäßig höher als mein eigenes Gesamteinkommen:

- nein  ja

5.5  Ich habe einen privaten Pflegeversicherungsvertrag abgeschlossen bei:

Bezeichnung des Versicherungsunternehmens

Bei demselben Versicherungsunternehmen ist/sind auch mein Ehegatte/ mein Lebenspartner <sup>1)</sup> und beitragsfrei mein(e) Kind(er) versichert (Familienversicherung nach §§ 25, 110 SGB XI).

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar	<input type="checkbox"/> mein Ehegatte mein Lebenspartner <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> 1. Kind	<input type="checkbox"/> 2. Kind	<input type="checkbox"/> 3. Kind	<input type="checkbox"/> 4. Kind
-------------------------------	---------------------------------------	--	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

5.6 Bitte nur ausfüllen, wenn Angehörige ohne Einkommen oder mit einem die **allgemeine Einkommensgrenze** <sup>4)</sup> nicht übersteigenden **Gesamteinkommen** <sup>3)</sup> nicht gemeinsam mit dem Unterzeichner in der Pflegeversicherung versichert sind:

Meine Angehörigen (Ehegatte/Lebenspartner <sup>1)</sup> und Kinder), die nicht in meinen Versicherungsschutz gemäß Tz. 5.5 einbezogen sind, sind in der **sozialen Pflegeversicherung** aufgrund einer **freiwilligen Krankenversicherung** in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der **privaten Pflegeversicherung** aufgrund einer Krankenversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert:

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar	<input type="checkbox"/> mein Ehegatte mein Lebenspartner <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> 1. Kind	<input type="checkbox"/> 2. Kind	<input type="checkbox"/> 3. Kind	<input type="checkbox"/> 4. Kind
-------------------------------	---------------------------------------	--	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Bezeichnung der Kranken-/Pflegekasse oder des Versicherungsunternehmens

Bei

5.7 Beitrag zur Pflegeversicherung gemäß Tz. 5.5 und ggf. Tz. 5.6.

Für  mich und  meinen Ehegatten bzw. meinen  Lebenspartner <sup>1)</sup> zahle ich seit dem \_\_\_\_\_ einen monatlichen Pflegeversicherungsbeitrag gemäß Tz. 5.5 von insgesamt \_\_\_\_\_ Euro und gemäß Tz. 5.6 von insgesamt \_\_\_\_\_ Euro (ohne den Beitragszuschlag für Kinderlose). **Bescheinigung(en)** der Kranken-/Pflegekasse bzw. des Versicherungsunternehmens über die versicherte(n) Person(en), die Höhe des von mir gezahlten Beitrags (aufgeteilt auf die einzelnen Versicherten) und über die Art der mir und meinen Angehörigen zustehenden Versicherungsleistungen füge ich bei. Des Weiteren füge ich die **Bescheinigung** des Versicherungsunternehmens gemäß § 61 Abs. 6 SGB XI bei.

6. Ich stehe in

**keinem** weiteren Arbeitsverhältnis.

einem weiteren Arbeitsverhältnis und erhalte hierfür Arbeitsentgelt von insgesamt monatlich \_\_\_\_\_ Euro.

**Belege** sind beigelegt.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen in den mich und meine Angehörigen betreffenden Verhältnissen, die dem Grunde oder der Höhe nach Einfluss auf die Gewährung des Beitragszuschusses haben, unverzüglich der Personalakten führenden Stelle anzuzeigen. Mir ist bekannt, dass ich

- zur Erstattung zu viel empfangener Beträge, die insbesondere durch unrichtige oder unvollständige Angaben oder Unterlassung einer Änderungsmitteilung gezahlt worden sind, verpflichtet bin,
- sofern ich der **privaten Pflegeversicherung** angehöre, verpflichtet bin, jeweils nach Ablauf eines Kalenderjahres und bei Fortfall der Anspruchsvoraussetzungen eine Bescheinigung über die entrichteten Versicherungsbeiträge beizubringen.

Berlin, den \_\_\_\_\_

(Unterschrift)

<sup>1)</sup> Gilt nur für eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften im Sinne des § 1 Abs. 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

<sup>2)</sup> Wer als Kind gilt, ergibt sich aus Tz. 3.2 des **Informationsblattes** Fin 588.

<sup>3)</sup> Gesamteinkommen ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (vgl. § 16 SGB IV).

<sup>4)</sup> Die Höhe der allgemeinen bzw. besonderen Einkommensgrenzen kann der Tz. 3.1 bzw. Tz. 3.2.1 des **Informationsblattes** Fin 588 entnommen werden.

Personalservice – Personalakten führende Stelle -

Datum  
Telefon

V

1. Die Voraussetzungen für die Gewährung des Beitragszuschusses nach § 61 SGB XI werden ab \_\_\_\_\_  
 dem Grunde nach erfüllt  nicht erfüllt.

2. Der Berechnung des Beitragszuschusses ist folgender Pflegeversicherungsbeitrag zugrunde zu legen: \_\_\_\_\_ Euro monatlich gemäß Tz. 2 oder 5.7 (ohne den Beitragszuschlag für Kinderlose).

3. Eingabe in das IPV-Verfahren

4. Kopie erhält die/ der Beschäftigte

5. ZdA/Wv

I.A.

Kopie  
für die/den Beschäftigte(n)

Sachlich richtig und rechnerisch richtig: