



Anlage Ersatz-/Verhinderungspflege

(Anlage zum Beihilfeantragsformular)

Bitte verwenden Sie diesen Vordruck ausschließlich zusammen mit einem unterschriebenen Beihilfeantragsformular.

Landesamt für Finanzen
Postfach 10 04 32
56034 Koblenz

Personalnummer

\$\$BASBAB_PNR\$\$

Bitte Personalnummer achtstellig angeben.

Pflegebedürftige Person Name/Vorname	Geburtsdatum
Adresse	

Ich beantrage Leistungen der Ersatzpflege, weil meine Pflegeperson

Name/Vorname

wegen Urlaub Krankheit Sonstigem verhindert ist.

Die Pflege während der Verhinderung wurde wie folgt sichergestellt:

- von einem ambulanten Pflegedienst (Rechnungen sind beigefügt)
- durch einen stationären Heimaufenthalt (Rechnungen sind beigefügt)
- durch eine Privatperson, die mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft lebt oder bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist

Verwandschaft bis 2. Grad: Kinder, Eltern, Enkelkinder, Großeltern, Geschwister
Verschwägerung bis 2. Grad: Stiefkinder, Schwiegersöhne-/töchter, Stief-/Schwiegereltern, Schwieger-/Stiefenkel, Schwager/Schwägerin, Großeltern des Ehegatten, Stiefgroßeltern

Name/Vorname

Bitte Kostenerstattung auf Seite 2 bestätigen. (1)

- durch eine sonstige Privatperson (z.B. Bekannte oder Nachbarn)

Name/Vorname

Bitte Kostenerstattung auf Seite 2 bestätigen. (2)

Kostenerstattung bei Verwandten/Verschwägerten bis zum 2. Grad oder bei häuslicher Gemeinschaft (1)

Datum	Uhrzeit von – bis	Stunden pro Tag	Datum	Uhrzeit von – bis	Stunden pro Tag

Für die Verhinderungspflege der vorseitig genannten pflegebedürftigen Person habe ich einen Gesamtbetrag erhalten in Höhe von

Euro

Aufgrund der Ersatzpflege sind mir folgende Kosten (z.B. Fahrtkosten, Verdienstaussfall) entstanden in Höhe von

Euro

Nachweise (z.B. Fahrkarte, Bescheinigung Arbeitgeber, etc.) sind beigelegt.

Datum

Unterschrift Ersatzpflegeperson

Kostenerstattung bei sonstigen privaten Pflegepersonen (z.B. Bekannte oder Nachbarn) (2)

Datum	Uhrzeit von – bis	Stunden pro Tag	Datum	Uhrzeit von – bis	Stunden pro Tag

Für die Verhinderungspflege der vorseitig genannten pflegebedürftigen Person habe ich einen Gesamtbetrag erhalten in Höhe von

Euro

Hiermit bestätige ich, dass ich mit der pflegebedürftigen Person nicht verwandt und nicht verschwägert bin und nicht in häuslicher Gemeinschaft lebe.

Datum

Unterschrift Ersatzpflegeperson

Informationen zum **Datenschutz** und zur **Verarbeitung personenbezogener Daten beim Landesamt für Finanzen** können Sie der Homepage des Landesamtes für Finanzen entnehmen:
<https://www.lff.rlp.de/service/datenschutz/>