

Beihilfenummer	Name, Vorname, Amts-/Dienstbezeichnung des/der Beihilfberechtigten	Geburtsdatum
----------------	--	--------------



Norddeutsche Kirchliche  
Versorgungskasse (NKVK)  
Beihilfeabteilung  
Postfach 4563  
30045 Hannover

## Erklärung zum Einkommen bei vollstationärer Pflege in einer Pflegeeinrichtung

### Wichtige Hinweise:

- Nachweise über die Höhe des Einkommens (Rentenbescheid, Rentenanpassungs-, Gehaltsmitteilung etc.) sind dieser Erklärung beizufügen.
- Änderungen jeglicher Art, insbesondere das Hinzukommen eines weiteren Einkommens oder einer neuen Rente sind anzuzeigen.
- Bei unterlassener oder verspäteter Anzeige von Einkommensänderungen sind evtl. entstehende Überzahlungen zu erstatten.

1.  **Nur für verheiratete beihilferechtigte Personen/ Personen in eingetragenen Lebenspartnerschaften:**  
Mein Ehegatte/ Lebenspartner erhält **keine** Versorgungsbezüge, Dienstbezüge, gesetzliche Renten oder Renten aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung sowie **kein Einkommen** aus selbstständiger oder nicht selbstständiger Tätigkeit bzw. Lohnersatzleistungen (siehe nachstehende Aufzählung).
2.  Ich bzw. mein Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner verfüge über folgendes Einkommen:

	Beihilferechtigte Person	Ehegatte/ Lebenspartner
	ab _____	ab _____
	EUR	EUR
<b>Monatliche Einkünfte</b>		
Versorgungsbezüge ohne Kinderanteil im Familienzuschlag (Bruttobetrag)		
Dienstbezüge ohne Kinderanteil im Familienzuschlag (Bruttobetrag)		
Sonstige Einkünfte aus selbstständigerer und nicht selbstständiger Tätigkeit		
Gesetzliche Renten (z.B. von der Deutschen Rentenversicherung (DRV))*		
Zusatzrente für den öffentlichen Dienst (z.B. VBL-Rente)		
Zusatzrente einer kommunalen Zusatzversorgungskasse		
Lohnersatzleistungen (z.B. Krankengeld, Arbeitslosengeld oder -hilfe, Unterhaltsgeld)		

\*(Betrag, der sich ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt)

<b>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.</b>	Name der Person
Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers (z.B. DRV, VBL)	Aktenzeichen

1. **Pflegewohngeld** (Angaben nur bei Personen erforderlich, die Ihren Wohnsitz in Mecklenburg-Vorpommern, NRW oder Schleswig-Holstein haben) **Wurde Pflegewohngeld bewilligt?**

Ja seit \_\_\_\_\_ mtl. Betrag \_\_\_\_\_ €  Nein

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

2. **Sind alle Ihrer Angehörigen ebenfalls stationär untergebracht?**  Ja  Nein

Ich versichere nach bestem Wissen die **Vollständigkeit und Richtigkeit** meiner Angaben. Die wichtigen Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum	Unterschrift
-------	--------------