

**Erklärung zur Rentenversicherungspflicht  
nicht erwerbsmäßig tätiger Personen**

**I Angaben zur Person des Beihilfeberechtigten**

1.	Personalnummer des Beihilfeberechtigten	
2.	Name, Vorname des Beihilfeberechtigten	
3.	Name, Vorname des Pflegebedürftigen	

**Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen**

4.	Name der Pflegeversicherung	Anschrift	
		Straße	
		PLZ, Ort	

5.	Pflegeversicherungsnummer des Pflegebedürftigen
----	---

**II Angaben zur Pflegeperson**

1. Name, Vorname der Pflegeperson	Geburtsdatum
-----------------------------------	--------------

2. Anschrift:		
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort

3. Rentenversicherungsnummer	Rentenversicherungsträger der Pflegeperson
------------------------------	--

Die/der aufgeführte Beihilfeberechtigte **und** die Pflegeperson versichern die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und verpflichten sich, Veränderungen, insbesondere den Wegfall der Pflegebedürftigkeit oder eine Reduzierung, Unterbrechung oder Beendigung der Pflege Tätigkeit sowie den Wechsel der Pflegeperson unverzüglich dem Dienstleistungszentrum Personal des Landes Schleswig-Holstein anzuzeigen. Alle Meldungen der Pflegekasse werden dem Dienstleistungszentrum Personal des Landes Schleswig-Holstein sofort vorgelegt.

Ort

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Beihilfeberechtigten oder dessen Bevollmächtigten	Unterschrift der Pflegeperson
.....	.....