

Geschäftszeichen:

4	Antragstellerin/Antragsteller: Erhalten Sie weitere Bezüge <input type="checkbox"/> ja, als <input type="checkbox"/> Beamter / <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger von:						<input type="checkbox"/> nein	
Nur von Beschäftigten im aktiven Dienst auszufüllen								
<input type="checkbox"/> vollbeschäftigt seit:		<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt seit:			Zeitanteil:			
Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet?						<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____		<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie ohne Bezüge beurlaubt?								
<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____						<input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)		<input type="checkbox"/> nein
Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?								
<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ als:						Zeitanteil:		<input type="checkbox"/> nein
bei: _____								
5	Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner ohne Bezüge beurlaubt? <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)						<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner erwerbstätig? <input type="checkbox"/> ja, als: <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbständiger bei: _____ Zeitanteil: _____								<input type="checkbox"/> nein
6	Kinder, die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind oder die bei einer zweiten Berufsausbildung bzw. einem Zweitstudium wegen des Umfangs einer Erwerbstätigkeit nicht berücksichtigt werden.							
Vorname (gegebenenfalls abweichender Familienname)		Geburtsdatum	Bei Kindern in Berufsausbildung / Studium					
			Art der Ausbildung	Beginn	Voraussichtliches Ende	eigene Beihilfeberechtigung		
a						<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
b						<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
c						<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ist ein Kind bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig?							<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, Kind bei: _____								
Hat ein über 18jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen?							<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, Kind: _____ seit: _____								
7	Besteht Krankenversicherungsschutz (bei erster Antragstellung und Änderungen – bitte Nachweise vorlegen)							
ja	(bei Kind Vorname angeben)	privat	gesetzlich			Zusatzversicherung (Art?)		
			pflicht-	freiwillig	familien-			
			versichert					
<input type="checkbox"/>	Antragsteller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Ehegatte/Lebenspartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> nein
8	Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (zum Beispiel nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz usw.)? <input type="checkbox"/> ja, für Person(en): _____ (bitte Nachweis vorlegen u. Aufwendungen kennzeichnen)						<input type="checkbox"/> nein	
9	Ist mit den behandelnden Ärzten / der Klinikleitung eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) / gesondert berechenbare Unterkunftsleistungen geschlossen worden? <input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie der Wahlleistungsvereinbarungen beilegen!)						<input type="checkbox"/> nein	
10	Es werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind (bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen).						<input type="checkbox"/> ja	

Geschäftszeichen:

Zusammenstellung der Aufwendungen zum Beihilfeantrag

von _____

vom _____

Beachten Sie bitte folgende Hinweise:

Die Einträge und Belege bitte **nach Personen ordnen**. Bei gleichem Vornamen eines Elternteils und Kindes bitte **Belege** mit „**K**“ kennzeichnen.

A=Antragstellerin / Antragsteller E=Ehegattin / Ehegatte L=Lebenspartnerin / Lebenspartner K=Kind

Nr.	A, E, L, K	Vorname des Kindes	Rechnungsdatum	Betrag in Euro
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
Gesamtbetrag:				

Hinweise:

1. Für die Beantragung der Beihilfe sind **Zweitschriften oder Kopien** ausreichend.
2. Als **Lebenspartner** gelten nach § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes nur eingetragene Lebenspartnerinnen/Lebenspartner.
3. Bei **Beurlaubungen** ist die **Frage 4** oder **Frage 5** oder **beide Fragen 4 und 5** stets auszufüllen.
4. Bei **zusätzlichem Anspruch auf Kostenerstattung** (zum Beispiel Bundesversorgungsgesetz) bitte **Frage 8** beantworten.
5. Sofern Aufwendungen für einen **stationären Krankenhausaufenthalt** geltend gemacht werden, ist die **Entlassungsanzeige** mit der Krankenhausrechnung zwingend vorzulegen – bitte **Frage 9** beantworten.
6. Bei Ausschluss oder Einstellung von **Versicherungsleistungen** bitte **Frage 10** beantworten.
7. Die Überweisung der Beihilfe erfolgt auf das **Bezügekonto**.
8. Dienstanfallbedingte Belege sind, falls noch nicht geschehen, mit einem Antrag auf Anerkennung eines Dienstanfalles bei der zuständigen Dienststelle einzureichen.