

Name: _____
Vorname: _____

Geschäftszeichen

Geburtsdatum: _____

Antrag auf Beihilfe

Pflege und allgemeine Aufwendungen

Bei **erstmaliger Antragstellung** oder auf **Verlangen** der Beihilfestelle ist der Antrag vollständig auszufüllen. In **Folgeanträgen** sind die Fragen 1 bis 3, soweit zutreffend, zu beantworten (bitte ausfüllen oder ankreuzen). Gegebenenfalls bitte Beiblatt für weitere Angaben verwenden.

Anschrift der Beihilfestelle

Belege bitte nicht heften, klammern oder aufkleben

1	Haben sich Änderungen bei den Fragen 4 bis 7 gegenüber Ihrem letzten Antrag ergeben?		
	<input type="checkbox"/> ja, bei Frage(n) _____ (bitte Fragen beantworten)		<input type="checkbox"/> nein
2	Sofern Aufwendungen für die Ehegattin/den Ehegatten bzw. die Lebenspartnerin/den Lebenspartner (siehe Hinweis Nr. 2) geltend gemacht werden:		
	Vorname der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners (gegebenenfalls abweichender Familienname):		
	Hat die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner eine eigene Beihilfeberechtigung? <input type="checkbox"/> ja, bei:		<input type="checkbox"/> nein
	Übersteigen die Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners – hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen – den Betrag von 20 000 €? Bei Berufstätigkeit der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners bitte erstmalig Frage 5 beantworten! Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind von den Brutto-Einnahmen nur die <u>Werbungskosten</u> abzusetzen.		
	<input type="checkbox"/> ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung		<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr		<input type="checkbox"/> nein
3	Es wurden Aufwendungen durch einen Unfall verursacht.		
	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> Unfalldatum: _____		<input type="checkbox"/> nein
	Unfallart: <input type="checkbox"/> Dienstupfall (siehe Hinweis Nr. 8) <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall		
	Unfallschilderung: Belege kennzeichnen und für die Schilderung gegebenenfalls Beiblatt verwenden!		
	<input type="checkbox"/> Eine Pauschalbeihilfe für dauernde häusliche Pflege durch andere geeignete Personen für die Zeit vom _____ bis _____ wird beantragt. Eine Bestätigung über die Durchführung der Pflege mit Angabe von Unterbrechungszeiträumen ist beizufügen.		
	Ich willige ein, dass bei gebührenrechtlichen und medizinischen Fragen geeignete Stellen (zum Beispiel Gutachter) hinzugezogen und hierzu auch personenbezogene Daten übermittelt werden. Für Rückfragen bei Behandlern entbinde ich sie von der Schweigepflicht. Die Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.		<input type="checkbox"/> ja

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass Preisnachlässe zu den Krankheitsaufwendungen sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen sind und berichtigte oder stornierte Rechnungen mit einem entsprechenden Hinweis vorzulegen sind.

Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren diesbezüglichen Rechten erhalten Sie unter [www. _____](#) oder alternativ unter unserer Datenschutz-Telefonnummer _____.

Anzahl der eingereichten Belege:	
Summe der Aufwendungen:	€

Telefon (optional):

Datum

Beihilfeberechtigte/
Beihilfeberechtigter

Unterschrift

Bevollmächtigte/
Bevollmächtigter

Nachweis liegt
vor

Von Bezügeadresse abweichende **Beihilfeanschrift** (zum Beispiel bei Bevollmächtigten) bzw. **Dienststellenanschrift:**

Beachten Sie bitte die Hinweise auf der Zusammenstellung der Aufwendungen zum Beihilfeantrag.

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:																				<input type="checkbox"/> nein					
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"/> ja, Kind										bei:			<input type="checkbox"/> nein		
Hat ein über 18jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen?										<input type="checkbox"/> ja, Kind:										seit:				<input type="checkbox"/> nein	
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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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)?										<input type="checkbox"/> ja, für Person(en):										(bitte Nachweis vorlegen und Aufwendungen kennzeichnen)		<input type="checkbox"/> nein		
																							<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		
																							<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												<input type="checkbox"/> ja		
																							<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. Dienstunfallbedingte Belege sind, falls noch nicht geschehen, mit einem Antrag auf Anerkennung eines Dienstunfalles bei der zuständigen Dienststelle einzureichen.