

Formblatt 6a

(VV-Nr. 3 zu § 48 Abs. 1 BayBhV)

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Geschäftszeichen bitte stets angeben

Eingangsstempel:

An

Bei **erstmaliger Antragstellung** oder **auf Verlangen** der Beihilfestelle ist der Antrag vollständig auszufüllen. In **Folgeanträgen** sind die Fragen 1 – 2, soweit zutreffend, zu beantworten (bitte ausfüllen oder ankreuzen). Ggf. bitte Beiblatt für weitere Angaben verwenden.

Antrag auf Beihilfe

1	Haben sich Änderungen bei den Fragen 3 – 6 gegenüber Ihrem letzten Antrag ergeben?	<input type="checkbox"/> ja, bei Frage(n)	(bitte Fragen beantworten)	<input type="checkbox"/> nein

2	Sofern Aufwendungen für den Ehegatten geltend gemacht werden:			
	Vorname des Ehegatten (ggf. abweichender Familienname):			
	Hat der Ehegatte eine eigene Beihilfeberechtigung ? <input type="checkbox"/> ja, bei:			<input type="checkbox"/> nein
	Übersteigen die Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) des Ehegatten den Betrag von 18.000 Euro?			
	<input type="checkbox"/> ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung	(Bei Berufstätigkeit des Ehegatten bitte erstmalig Frage 4 beantworten!)		<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr			<input type="checkbox"/> nein	
Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind von den Brutto-Einkünften nur die <u>Werbungskosten</u> abzusetzen.				
Ich wünsche die Rücksendung der vorgelegten Rechnungsbelege.			<input type="checkbox"/> ja	

Ich bin damit einverstanden, dass die Beihilfestelle bei gebührenrechtlichen und medizinischen Fragen einen Beratungsarzt hinzuziehen und hierzu auch personenbezogene Daten übermitteln kann.	<input type="checkbox"/> ja
--	-----------------------------

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass nachträgliche Kostenerstattungen durch einen Behandler/ein Krankenhaus sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen sind.

Anzahl der eingereichten Belege:

Summe der Aufwendungen: €

Telefon tagsüber:

Datum, Unterschrift

Beihilfeberechtigter Bevollmächtigter Nachweis liegt vor

Von Bezügeadresse abweichende **Beihilfeanschrift** (z. B. bei Bevollmächtigten) bzw. **Dienststellenanschrift:**

Hinweise:

- Bei **zusätzlichem Anspruch auf Kostenerstattung** (z. B. Bundesversorgungsgesetz) bitte **Frage 7** beantworten.
- Sofern Aufwendungen für einen **stationären Krankenhausaufenthalt** geltend gemacht werden, ist die **Entlassungsanzeige** mit der Krankenhausrechnung zwingend vorzulegen – **Frage 8** beantworten.
- Bei **Unfallaufwendungen** (jegliche Art von Verletzungen) bitte **Frage 9** beantworten.
- Bei Behandlung durch einen **nahen Angehörigen** bitte **Frage 10** beantworten.
- Bei Ausschluss oder Einstellung von **Versicherungsleistungen** bitte **Frage 11** beantworten.
- Die Überweisung der Beihilfe erfolgt auf das **Bezügekonto**.

3 Antragsteller:

Besteht eine **weitere Beihilfeberechtigung**? ja, bei: nein

Nur von Beschäftigten im aktiven Dienst auszufüllen

vollbeschäftigt seit: teilzeitbeschäftigt seit: Zeitanteil:

Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet? ja, vom bis nein

Sind Sie ohne Bezüge beurlaubt?
 ja, vom bis Elternzeit sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben) nein

Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?
 ja, vom bis als: nein

bei: Zeitanteil:

4

Ist der **Ehegatte** ohne Bezüge beurlaubt?
 ja, vom bis Elternzeit sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben) nein

Ist der Ehegatte erwerbstätig?
 ja, als: Beamter Arbeitnehmer Selbständiger nein

bei: Zeitanteil:

5 Kinder, die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind oder nur wegen der Höhe der Einkünfte und Bezüge nicht berücksichtigt werden.

Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum	Bei Kindern in Berufsausbildung / Studium				eigene Beihilfeberechtigung	
		Art der Ausbildung	Beginn	voraussichtliches Ende		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
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?
 ja, Kind: bei: nein

Hat ein über 18-jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen?
 ja, Kind: seit: nein

6 Besteht Krankenversicherungsschutz (bei erster Antragstellung und Änderungen – bitte Nachweise vorlegen)

ja	(bei Ehegatte/Kind Vorname angeben)	privat	gesetzlich			Zusatzversicherung (Art?)	
			pfllicht-	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	<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

7 Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z. B. nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz usw.)?
 ja, für Person(en): (bitte Nachweis vorlegen u. Aufwendungen kennzeichnen) nein

8 Ist mit den behandelnden Ärzten eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen geschlossen worden?
 ja (Bitte Kopie der **Wahlleistungsvereinbarung** beilegen!) nein

9 Es wurden Aufwendungen durch einen Unfall verursacht. Unfalldatum:

Unfallart: Dienstunfall Arbeitsunfall Schulunfall sonstiger Unfall

Unfallschilderung: _____

Belege kennzeichnen und ggf. Beiblatt verwenden!

10 Folgender naher Angehöriger (Ehegatte, Kinder, Eltern der behandelten Person) war bei Behandlungen tätig:
Name des Behandlers: _____ (bitte Belege kennzeichnen)

11 Es werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die **Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind (bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen).** ja