

## Formblatt 6b

(VV-Nr. 3 zu § 48 Abs. 1 BayBhV)

<b>Name:</b> _____
<b>Vorname:</b> _____
<b>Geburtsdatum:</b> _____

**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 Pflege- und allgemeine Aufwendungen

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

<b>2 Sofern Aufwendungen für den Ehegatten geltend gemacht werden:</b>	
Vorname des <b>Ehegatten</b> (ggf. abweichender Familienname): _____	
Hat der Ehegatte eine <b>eigene Beihilfeberechtigung</b> ? <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.	

<input type="checkbox"/> Eine <b>Pauschalbeihilfe</b> für <b>dauernde häusliche Pflege</b> durch <b>andere geeignete Personen</b> für die Zeit vom _____ bis _____ wird beantragt. Eine Bestätigung über die Durchführung der Pflege mit Angabe von Unterbrechungszeiträumen ist beizufügen.
---

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.**

<b>Anzahl der eingereichten Belege:</b>
<b>Summe der Aufwendungen:</b> € _____

<b>Telefon tagsüber:</b> _____
--------------------------------

**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