

## Formblatt 6a

(VV-Nr. 3 zu § 48 Abs. 1 BayBhV)

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschäftszeichen bitte stets angeben

Eingangsstempel:

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

2	Sofern Aufwendungen für <b>die Ehegattin/den Ehegatten bzw. die Lebenspartnerin/den Lebenspartner</b> (siehe Hinweis Nr. 2) <b>geltend gemacht werden:</b>			
	Vorname <b>der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners</b> (ggf. abweichender Familienname):			
	Hat die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner eine <b>eigene Beihilfeberechtigung</b> ? <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 18.000 €?			
	<input type="checkbox"/> ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung	Bei Berufstätigkeit der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners		<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr	bitte erstmalig Frage 4 beantworten!		<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 ( <u>ohne</u> Arzneimittelverordnungen).	<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 **Preisnachlässe zu den Krankheitsaufwendungen sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen sind**.

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

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

### Datum, Unterschrift

Beihilfeberechtigte/  
Beihilfeberechtigter  Bevollmächtigte/  
Bevollmächtigter  Nachweis liegt vor

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

### Hinweise:

- Für die Beantragung der Beihilfe sind **Zweitschriften oder Kopien** ausreichend. Wird die Beihilfe von Erben oder Erbengemeinschaften beantragt, sind die **Originalbelege** vorzulegen.
- Als **Lebenspartner** gelten nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz nur eingetragene Lebenspartnerinnen/Lebenspartner.
- 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 – bitte **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**.

<b>3</b>	<b>Antragstellerin/Antragsteller: Erhalten Sie weitere Bezüge als Beamter?</b> <input type="checkbox"/> ja, von: _____ <b>als Versorgungsempfänger?</b> <input type="checkbox"/> ja, von: _____	<input type="checkbox"/> nein																																																									
Nur von <b>Beschäftigten im aktiven Dienst</b> 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: _____ bei: _____ Zeitanteil: _____		<input type="checkbox"/> nein																																																									
<b>4</b>	<b>Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner ohne Bezüge beurlaubt?</b> <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)	<input type="checkbox"/> nein																																																									
<b>Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner erwerbstätig?</b> <input type="checkbox"/> ja, als: <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbständiger bei: _____ Zeitanteil: _____		<input type="checkbox"/> nein																																																									
<b>5</b>	<b>Kinder, die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind oder nur wegen der Höhe der Einkünfte und Bezüge nicht berücksichtigt werden.</b>																																																										
		<b>Bei Kindern in Berufsausbildung/Studium</b>																																																									
Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 40%;">Art der Ausbildung</th> <th style="width: 10%;">Beginn</th> <th style="width: 10%;">voraussichtliches Ende</th> <th colspan="2" style="width: 20%;">eigene Beihilfeberechtigung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td>b</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td>c</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> </tbody> </table>		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																																	
	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 18-jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen? <input type="checkbox"/> ja, Kind: _____ seit: _____		<input type="checkbox"/> nein																																																									
<b>6</b>	<b>Besteht Krankenversicherungsschutz (bei erster Antragstellung und Änderungen – bitte Nachweise vorlegen)</b>																																																										
<b>ja</b>	(bei Kind Vornamen angeben)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 5%;"></th> <th rowspan="2" style="width: 10%;">privat</th> <th colspan="3" style="width: 45%;">gesetzlich</th> <th colspan="2" rowspan="2" style="width: 33%;">Zusatzversicherung (Art?)</th> </tr> <tr> <th style="width: 15%;">pflicht-</th> <th style="width: 15%;">freiwillig</th> <th style="width: 15%;">familien-</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="3" style="text-align: center;">versichert</th> <th colspan="2"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Antragsteller</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Ehegatte/Lebenspartner</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Kind</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Kind</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Kind</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> </tbody> </table>		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"/> nein	<input type="checkbox"/>	Kind	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	Kind	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	Kind	<input type="checkbox"/> nein																				
	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																																																				
<b>Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z. B. nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz usw.)?</b> <input type="checkbox"/> ja, für Person(en): _____ (bitte Nachweis vorlegen u. Aufwendungen kennzeichnen)		<input type="checkbox"/> nein																																																									
<b>8</b>	<b>Ist mit den behandelnden Ärzten eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen geschlossen worden?</b> <input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie der <b>Wahlleistungsvereinbarung</b> beilegen!)		<input type="checkbox"/> nein																																																								
<b>9</b>	<b>Es wurden Aufwendungen durch einen Unfall verursacht. Unfalldatum:</b> <b>Unfallart:</b> <input type="checkbox"/> Dienstatunfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall <b>Unfallschilderung:</b> _____ <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">Belege kennzeichnen und ggf. Beiblatt verwenden!</div>																																																										
<b>10</b>	<b>Folgender naher Angehöriger (Ehegattin, Ehegatte, Lebenspartnerin, Lebenspartner, Kinder, Eltern der behandelten Person) war bei Behandlungen tätig: Name des Behandlers:</b> _____ (Bitte Belege kennzeichnen)																																																										
<b>11</b>	<b>Es werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind (bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen).</b>		<input type="checkbox"/> ja																																																								