

## Formblatt 6b

(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 Pflege- und allgemeine Aufwendungen

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 bitte erstmalig Frage 4 beantworten! <input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr		<input type="checkbox"/> nein <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 ( <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**.

Hinweis nach Art. 16 Abs. 3 Bayer. Datenschutzgesetz (BayDSG): Die Angaben im Beihilfeantrag sind für die Festsetzung der Beihilfe erforderlich.

<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 _____									
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>	Ist die <b>Ehegattin/der Ehegatte</b> bzw. die <b>Lebenspartnerin/der Lebenspartner</b> 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							
Ist die <b>Ehegattin/der Ehegatte</b> bzw. die <b>Lebenspartnerin/der Lebenspartner</b> erwerbstätig? <input type="checkbox"/> ja, als: <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbständiger bei: _____ Zeitanteil: _____									
<b>5</b>	<b>Kinder</b> , die im <b>Familienzuschlag</b> berücksichtigungsfähig sind oder nur wegen der Höhe der Einkünfte und Bezüge nicht berücksichtigt werden.								
<b>Bei Kindern in Berufsausbildung/Studium</b>									
	Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum	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>	Besteht <b>Krankenversicherungsschutz</b> (bei erster Antragstellung und Änderungen – bitte Nachweise vorlegen)								
	ja	(bei Kind Vornamen angeben)	privat	<b>gesetzlich</b>			<b>Zusatzversicherung (Art?)</b>		
				<b>pflicht-</b>	<b>freiwillig</b>	<b>familien-</b>			
				<b>versichert</b>					
<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>7</b>	Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z. B. nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz usw.)? <input type="checkbox"/> ja, für Person(en): _____ (bitte Nachweis vorlegen u. Aufwendungen kennzeichnen)							<input type="checkbox"/> nein	
<b>8</b>	Ist mit den behandelnden Ärzten eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen geschlossen worden? <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"/> Dienstunfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall									
<b>Unfallschilderung:</b> _____ _____									
Belege kennzeichnen und ggf. Beiblatt verwenden!									
<b>10</b>	Folgender <b>naher Angehöriger</b> (Ehegattin, Ehegatte, Lebenspartnerin, Lebenspartner, Kinder, Eltern der behandelten Person) war bei Behandlungen tätig: Name des Behandlers: _____ (bitte Belege kennzeichnen)								
<b>11</b>	Es werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die <b>Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt</b> worden sind (bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen).							<input type="checkbox"/> ja	