

--

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

- Ich bitte dem Beihilfebescheid einen neuen Papiervordruck beizufügen.

Antrag auf Beihilfe

in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)

Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung		Geburtsdatum	Kunden- bzw. Personalnummer /
Anschrift		Telefon privat (bitte mit Vorwahl)	
Dienststelle, Anschrift		Telefon dienstlich (bitte mit Vorwahl)	

Hiermit beantrage ich eine Beihilfe zu den in der Anlage aufgeführten und belegten Aufwendungen.

Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder ausfüllen

(Bei erstmaliger Antragstellung sind durchgängig vollständige Angaben notwendig.)

1 Angaben zur Beschäftigung

keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben

folgende Änderungen

<input type="checkbox"/> Beamter/in	<input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in	<input type="checkbox"/> Tarifbeschäftigte(r)	<input type="checkbox"/> Abgeordnete(r)	<input type="checkbox"/> Richter/in
vollbeschäftigt seit	teilzeitbeschäftigt von – bis	mit Wochenstunden	Versorgungsempfänger/in seit	
Elternzeit von – bis	Beurlaubung ohne Dienstbezüge gem. § 92 (1) Nr. 2 BBG von – bis		sonstige Beurlaubung ohne Dienstbezüge von – bis (Rechtsgrundlage)	

2 Angaben zu Kindern

Kinder Vorname, Name (falls abweichend)	geboren am	im Familienzuschlag berücksichtigt ab	Wegfall aus dem Familienzuschlag ab	Wiederaufnahme in den Familienzuschlag nach Unterbrechung ab

3 Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen?

keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben

folgende Änderung:

Personen	Private Krankenversicherung		Gesetzliche Krankenversicherung				Keine Krankenversicherung
	ab dem (Datum)	Basis-tarif	pflichtversichert (§ 5 SGB V)	freiwillig versichert (9 SGB V)	familienversichert (10 SGB V)	Zusatz-tarif 1)	
Beihilfe-berechtigte/r	ab dem (Datum) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum)
Ehegatte	ab dem (Datum) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum)
1. Kind	ab dem (Datum) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum)
2. Kind	ab dem (Datum) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum)
3. Kind	ab dem (Datum) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum)
4. Kind	ab dem (Datum) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum)

Es ist grundsätzlich ein Nachweis des Krankenversicherungsschutzes in Form einer Kopie des aktuellen Versicherungsscheines notwendig. Dies gilt auch für zusätzlich ergänzend abgeschlossene Versicherungen für pflichtversicherte berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten und bei Tarifumstellung. Hier bitte auch etwaige Änderungen des **Versicherungsschutzes bei Rentenanspruch** oder Arbeitslosigkeit eintragen.

1) Hierunter fallen: Pflegekostenversicherung (PfK), Ergänzungstarife zur gesetzlichen Krankenversicherung, Auslands-(Reise-)versicherungen (AR) o.ä. Das Bestehen einer **Auslands-(Reise-)versicherung** ist immer dann anzugeben, wenn Auslandsaufwendungen geltend gemacht werden. Nicht anzugeben sind Krankenhaustagegeld- und Pflegezusatzversicherungen.

3.1 Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen (z. B. vom Rentenversicherungsträger oder Arbeitgeber) gewährt?

nein

ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben

ja, folgende Änderung

für wen:	ab (Datum)	Höhe des monatlichen Zuschusses

4 Besteht für Sie oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine *anderweitige* Beihilfeberechtigung?

nein

ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben

ja, folgende Änderung

für wen:	als:	gegenüber wem:	ab (Datum)
	<input type="checkbox"/> Beamter/in	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in	
	<input type="checkbox"/> Abgeordnete/r	<input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in	
	<input type="checkbox"/> Beamter/in	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in	
	<input type="checkbox"/> Abgeordnete/r	<input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in	
	<input type="checkbox"/> Beamter/in	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in	
	<input type="checkbox"/> Abgeordnete/r	<input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in	

5 Werden Aufwendungen für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten geltend gemacht?

nein

ja

Name, Vorname des Ehegatten	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet seit
-----------------------------	--------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---

Übersteigt der Gesamtbetrag der Einkünfte Ihres Ehegatten (§ 2 Abs. 3 EStG) im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung den Betrag von 17.000 EUR?

nein

ja

Nach § 4 Abs. 1 BBhV ist der Gesamtbetrag der Einkünfte durch Vorlage einer Ablichtung des Steuerbescheides nachzuweisen.

Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich ebenfalls übersteigen?

nein

ja

6 Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall?

nein

ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben (Beleg-Nr. angeben!)

ja, (Unfallschilderung beifügen)

Es handelt sich um	einen Dienstoffall <input type="checkbox"/>	einen Schulunfall <input type="checkbox"/>	einen sonstigen Unfall <input type="checkbox"/>
--------------------	---	--	---

Um welche Belege handelt es sich? - Bitte auch die Belege mit dem Hinweis „Unfall“ versehen.

Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? (zu den Ansprüchen auf Kostenerstattung gehören auch Ansprüche z. B. gegen Schulträger, Sportvereine)

Nein

ja

Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Erstattungspflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer

7 Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen (als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Heilbehandler usw.) geltend gemacht?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja. Der/Die Behandelnde ist	Beleg-Nr. (Bitte Nachweis über entstandene Sachkosten beifügen!)
<input type="checkbox"/> Ehegatte	<input type="checkbox"/> Kind	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Elternteil	der behandelten Person.

8 Wird eine Pauschalbeihilfe für häusliche Pflege geltend gemacht?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Pflegestufe	Leistungszusage mit Pflegestufe der Pflegeversicherung	
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	
<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> liegt vor	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> liegt bei	
Name der pflegebedürftigen Person	Name der pflegenden Person	Zeitraum (vom – bis zum)
Unterbrechung der Pflege		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	
vom – bis zum (einschl.)	Grund	

9 Werden Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind, geltend gemacht?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> je, folgende:	Soweit nicht schon vorliegend, Nachweis-Versicherungsschein über Ausschluss usw. beifügen!
Rechnungsdatum:	Betrag	

10 Sind Sie in das Ausland abgeordnet oder befindet sich Ihr dienstlicher Wohnsitz im Ausland?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<small>Wird von der Auslandsvertretung/bei Auslandslehrkräften auch vom Verwaltungsleiter ausgefüllt.</small>	
Die Ortsüblichkeit und Angemessenheit der Aufwendungen wird bestätigt	
Stationäre Krankenhausbehandlung	Die gewählte Art der Unterbringung entspricht einem 2-Bettzimmer im Inland
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ort, Datum	
Stempel/Unterschrift	

11 Auszahlung der Beihilfe

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten	Betrag	am (Datum)
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Die Überweisung soll erfolgen auf		
<input type="checkbox"/> mein bekanntes Konto	<input type="checkbox"/> nachstehendes Konto	
Geldinstitut mit Ortsangabe		
Bankleitzahl	Kontonummer	
Inhaber des Kontos (falls abweichend von dem/der Antragsteller/in)		

Erklärung

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechtigung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.

Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigelegt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

Ort, Datum	Bei Vertretung: Unterschrift des Vertreters
Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten	<input type="checkbox"/> Vollmacht liegt vor
	<input type="checkbox"/> Vollmacht liegt bei

