

Antrag auf Beihilfe in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen sowie zur Gesundheitsvorsorge

Dieser Antrag steht auch unter www.lbv.bwl.de/vordrucke zur Verfügung.

Hinweise:

- Die folgenden Daten werden für die Bearbeitung Ihrer Angelegenheiten benötigt. Die Rechtsgrundlage, nach denen die Daten erhoben werden, entnehmen Sie bitte dem Ihnen zugesandten Merkblatt zum Datenschutz.
- Lebenspartner sind Personen, die eine Partnerschaft auf Lebenszeit nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz begründet haben.

Antragsteller: Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung	Geburtsdatum	Telefon (Angabe freiwillig)
--	--------------	-----------------------------

Landesamt für Besoldung und
Versorgung Baden-Württemberg
70730 Fellbach

Personalnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Antragsdatum

T T . M M . J J

--	--	--	--	--	--

Summe der geltend gemachten Aufwendungen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Euro, Cent

Ich **versichere**, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich auch nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sowie weitere Kostenerstattungen sofort der Beihilfestelle schriftlich anzuzeigen habe. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Unterschrift

--

Bitte beantworten Sie bei **erstmaliger** Antragstellung **alle** Fragen 1 bis 6!

Bei **wiederholter** Antragstellung: Haben sich Änderungen in den Angaben zu den Fragen 1 bis 6 gegenüber dem letzten Antrag auf Beihilfe ergeben?

- nein ja; siehe Änderung/en unter 1 bis 6

Bitte Fragen 7 bis 9 – sofern zutreffend – und Frage 10 stets beantworten.

1	Haben Sie, Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte, Ihr/e Lebenspartner/in und im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder einen Anspruch auf:
a) Heilfürsorge nach Beamten- oder Soldatenrecht (Polizei- und Feuerwehrbeamte, Soldaten)?	b) Krankenhilfe , z.B. nach Bundesversorgung-, Opferentschädigungs-, Entwicklungshelfergesetz?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; bitte Nachweis oder Bescheid beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; bitte Nachweis oder Bescheid beifügen

2	Krankenversicherungsschutz	Private Versicherung	Gesetzliche Krankenkasse	Dieser Versicherungs-	Nicht versich-																																																				
	Personen (Bitte geben Sie bei Kindern den Vornamen an)	Bitte fügen Sie beim <u>Erstantrag</u> und bei <u>Änderungen</u> einen Nachweis über Art und Umfang bei.	Bitte kreuzen Sie die Art der Mitgliedschaft an und fügen Sie Nachweise bei.	schutz besteht seit:	chert																																																				
		<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:15%;">ambul-</th> <th style="width:15%;">Prozenttarife</th> <th style="width:15%;">Zahn-</th> <th style="width:15%;">Stand-</th> <th style="width:15%;">Zusatz-</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">lant</td> <td style="text-align: center;">stationär</td> <td style="text-align: center;">kosten</td> <td style="text-align: center;">dard-</td> <td style="text-align: center;">tarif ¹⁾</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">%</td> <td style="text-align: center;">%</td> <td style="text-align: center;">%</td> <td style="text-align: center;">tarif</td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">Basis-</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">tarif</td> <td></td> </tr> </table>	ambul-	Prozenttarife	Zahn-	Stand-	Zusatz-	lant	stationär	kosten	dard-	tarif ¹⁾	%	%	%	tarif	/				Basis-					tarif		<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:15%;">pflicht-</th> <th style="width:15%;">freiwillig</th> <th style="width:15%;">familien-</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">versi-</td> <td style="text-align: center;">versi-</td> <td style="text-align: center;">versi-</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">chert</td> <td style="text-align: center;">chert</td> <td style="text-align: center;">chert</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">über</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">welche</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">Person</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">A E/LP</td> </tr> </table>	pflicht-	freiwillig	familien-	versi-	versi-	versi-	chert	chert	chert			über			welche			Person			A E/LP	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:50%;">Monat</th> <th style="width:50%;">Jahr</th> </tr> <tr> <td style="width:50px; height: 20px;"> </td> <td style="width:50px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>	Monat	Jahr			<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50px; height: 20px;"> </td> <td style="width:50px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>		
ambul-	Prozenttarife	Zahn-	Stand-	Zusatz-																																																					
lant	stationär	kosten	dard-	tarif ¹⁾																																																					
%	%	%	tarif	/																																																					
			Basis-																																																						
			tarif																																																						
pflicht-	freiwillig	familien-																																																							
versi-	versi-	versi-																																																							
chert	chert	chert																																																							
		über																																																							
		welche																																																							
		Person																																																							
		A E/LP																																																							
Monat	Jahr																																																								
	Antragsteller/in (A)			-																																																					
	Ehegatte/in (E) Lebenspartner/in (LP)			-																																																					
	Kind																																																								
	Kind																																																								
	Kind																																																								
	Kind																																																								
	Kind																																																								
	¹⁾ Hierunter fallen: Pflegekostenversicherung (PfK), Ergänzungstarife für Zahn- und ambulante Kosten, Wahlleistungen im Krankenhaus, Auslands-(Reise-)versicherungen (AR) o.ä. Das Bestehen einer Auslands-(Reise-)versicherung ist immer dann anzugeben, wenn Auslandsaufwendungen geltend gemacht werden. Nicht anzugeben sind Tagegeldversicherungen (Pflegefalltagegeldversicherung, Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeldversicherung).																																																								

3	Zur Feststellung Ihres persönlichen Bemessungssatzes:
a)	Waren Sie am 31.12.2012 - ein/e im Geltungsbereich der Beihilfeverordnung des Landes Baden-Württemberg vorhandene/r Beihilfeberechtigte/r mit Unterbrechungszeiten ab dem 01.01.2013 (Beispiel: Beendigung des Beamtenverhältnisses als Anwärter/in und spätere Neueinstellung als Beamtin/Beamter) oder - im Geltungsbereich eines anderen Dienstherrn beihilfeberechtigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte legen Sie uns einen entsprechenden Nachweis vor
b)	Sind bzw. waren bei Ihnen drei Kinder – ggf. auch zu unterschiedlichen Zeiten – im Familien-, Orts- oder Sozialzuschlag berücksichtigungsfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte legen Sie Kopien der Geburtsurkunden bei, sofern noch nicht geschehen

weitere Angaben auf Seite 2

4	Waren Angehörige in dem Zeitraum, in dem die geltend gemachten Aufwendungen entstanden sind, berufstätig oder in Berufsausbildung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte geben Sie uns hierzu nähere Informationen _____																	
5	Haben Sie oder Ihre Angehörigen eine weitere eigene Beihilfeberechtigung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte geben Sie uns nähere Erläuterungen zu den Beihilfeberechtigten (z.B. Grund, Dauer, Dienstherr) Name der beihilfeberechtigten Person: _____ Angaben zur Beihilfeberechtigung: _____ _____																	
6	Sind Kinder bei einem anderen Beihilfeberechtigten (z.B. bei dem anderen auch beihilfeberechtigten Elternteil) ebenfalls berücksichtigungsfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Name des Kindes _____ Bei wem (z.B. Dienstherr, Arbeitgeber usw.) _____ Rechtsverhältnis des anderen Beihilfeberechtigten: <input type="checkbox"/> Beamter, Richter <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Abgeordnetenmandat <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger <input type="checkbox"/> anderes Rechtsverhältnis																	
7	Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für die/den Ehegattin/Ehegatten, Lebenspartner/in geltend gemacht werden. <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Name, Vorname:</td> <td style="width: 33%;">Geburtsdatum:</td> <td style="width: 34%;">Heirat/Verpartnerung am:</td> </tr> </table> Wie hoch war der Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 Einkommenssteuergesetz *) Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten, Ihrer Lebenspartnerin/Ihres Lebenspartners <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">- im letzten Kalenderjahr (20____)?</td> <td style="width: 16.6%;"><input type="checkbox"/> bis 10.000 EUR</td> <td style="width: 16.6%;"><input type="checkbox"/> über 10.000 EUR bis 18.000 EUR</td> <td style="width: 16.6%;"><input type="checkbox"/> über 18.000 EUR</td> </tr> <tr> <td>- im vorletzten Kalenderjahr (20____)?</td> <td><input type="checkbox"/> bis 10.000 EUR</td> <td><input type="checkbox"/> über 10.000 EUR bis 18.000 EUR</td> <td><input type="checkbox"/> über 18.000 EUR</td> </tr> <tr> <td>Wie hoch werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr (20____) voraussichtlich sein?</td> <td><input type="checkbox"/> bis 10.000 EUR</td> <td><input type="checkbox"/> über 10.000 EUR bis 18.000 EUR</td> <td><input type="checkbox"/> über 18.000 EUR</td> </tr> </table> *) Den Gesamtbetrag der Einkünfte können Sie ggf. dem <u>Einkommensteuerbescheid</u> entnehmen. Zum Gesamtbetrag der Einkünfte gehören auch Einkünfte aus Kapitalvermögen, die aufgrund der Regelungen zur Abgeltungssteuer nicht mehr zwingend in der Steuererklärung anzugeben sind.			Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Heirat/Verpartnerung am:	- im letzten Kalenderjahr (20____)?	<input type="checkbox"/> bis 10.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 10.000 EUR bis 18.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 18.000 EUR	- im vorletzten Kalenderjahr (20____)?	<input type="checkbox"/> bis 10.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 10.000 EUR bis 18.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 18.000 EUR	Wie hoch werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr (20____) voraussichtlich sein?	<input type="checkbox"/> bis 10.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 10.000 EUR bis 18.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 18.000 EUR
Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Heirat/Verpartnerung am:																
- im letzten Kalenderjahr (20____)?	<input type="checkbox"/> bis 10.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 10.000 EUR bis 18.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 18.000 EUR															
- im vorletzten Kalenderjahr (20____)?	<input type="checkbox"/> bis 10.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 10.000 EUR bis 18.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 18.000 EUR															
Wie hoch werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr (20____) voraussichtlich sein?	<input type="checkbox"/> bis 10.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 10.000 EUR bis 18.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 18.000 EUR															
8	Nur ausfüllen bei Verletzungen infolge Unfällen , anderen schädigenden Ereignissen oder wenn ein Schadenersatz durch Dritte in Frage kommt. Belege bitte stets in Spalte 7 (Seite 3, 4) kennzeichnen Bitte immer Sachverhaltsschilderung auf gesondertem Blatt beifügen	Die geltend gemachten unfallbedingten Aufwendungen lt. Spalte 7 (Seite 3, 4) sind entstanden durch: <input type="checkbox"/> einen Unfall im privaten Bereich <input type="checkbox"/> einen Sportunfall <input type="checkbox"/> einen Dienstunfall <input type="checkbox"/> einen Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> einen Schulunfall <input type="checkbox"/> einen Kinder-gartenunfall <input type="checkbox"/> ein anderes schädigendes Ereignis Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung (z.B. auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder beamtenrechtlichen Unfallfürsorge)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Hinweis: Auch in Schadenersatzfällen wird Beihilfe gewährt, wenn die Er-satzansprüche an den Dienstherrn übergehen. Name, Anschrift und Aktenzeichen des Ersatzpflichtigen/Kostenträgers: _____ Sachverhaltsschilderung liegt bereits vor <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																
9	Nur ausfüllen, wenn die Behandlungen durch einen nahen Angehörigen des Behandelten erfolgten.	Um welche Aufwendungen handelt es sich? Beleg-Nr.: _____ (Nahe Angehörige sind: Ehegatten, Lebenspartner, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen - § 5 Abs. 4 Nr. 6 BVO -)																
10	Einverständniserklärung: Die Beihilfestelle darf notwendige telefonische Auskünfte über Belege a) bei der zuständigen Krankenversicherung oder einem anderen Kostenträger einholen b) bei dem Behandler oder Rechnungsaussteller einholen		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Antragsteller/in</td> <td style="width: 33%;">Angehörige/r</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> </tr> </table>	Antragsteller/in	Angehörige/r	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja												
Antragsteller/in	Angehörige/r																	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																	

