

# Antrag auf Beihilfe in der beamtenrechtlichen Krankenfürsorge - Land Brandenburg

Antragsteller

Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung	Ministerium	Personalnummer ZBB
Anschrift (nur bei Änderung oder Erstantrag)	Geburtsdatum	Telefon dienstlich: privat:

Erstmalige Antragstellung im Land Brandenburg?                      ja                      nein                      Eingangsstempel

Zentrale Bezügestelle  
des Landes Brandenburg  
- Beihilfestelle -  
Postfach 15 60 21  
03060 Cottbus

## Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

Beihilfeanträge und Informationen finden Sie  
im Internet unter [www.zbb.brandenburg.de](http://www.zbb.brandenburg.de)

Ich bitte, dem Beihilfebescheid einen neuen  
Papiervordruck beizufügen.

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

Bitte alle Fragen beantworten und zutreffendes  ankreuzen, ggf. Spalten deutlich ausfüllen.

### 1. Angaben zur Beschäftigung

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben                      folgende Änderung:

Dienststelle/Pensionsregelungsbehörde		Tag der Beamtung
teilzeitbeschäftigt von – bis	mit Wochenstunden (Anzahl)	befristet von – bis
Elternzeit von – bis	Beurlaubung ohne Dienstbezüge von - bis: (Bitte Nachweis beifügen!)	ausgeschieden seit:
Abordnung außerhalb des Landes Brandenburg (bitte Nachweis beifügen!)		Versorgungsempfänger seit:

### 2. Angaben zum Familienstand

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben                      folgende Änderung:

Familienstand ledig	verheiratet seit:	geschieden seit:	verwitwet seit:
Vorname des Ehegatten			Geburtsdatum des Ehegatten

### 2.1 Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

keine Änderung gegenüber den letzten, im Beihilfeantrag gemachten, Angaben                      folgende Änderung:

1. Kind - Vorname *	Geburtsdatum
2. Kind - Vorname *	Geburtsdatum
3. Kind - Vorname *	Geburtsdatum
4. Kind - Vorname *	Geburtsdatum
Wegfall eines Kindes aus dem Familienzuschlag (Vorname)	ab:
Wiederaufnahme eines Kindes in den Familienzuschlag nach einer Unterbrechung (z. B. Wehr- oder Zivildienst) (Vorname)	ab:

\* ggf. abweichender Familienname

**3. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen?**

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben

folgende Änderung:

Personen	Prozentsatz Private Krankenversicherung * ab dem (Datum)	Gesetzliche Krankenversicherung			Freie Heilfürsorge, Krankenhilfe- oder Kostenerstattungs- anspruch ** ab dem (Datum)	Keine Kranken- versicherung ab dem Datum)
		pflichtversichert (§ 5 SGB V) ab dem (Datum)	freiwillig versichert (§ 9 SGB V) ab dem (Datum)	familienversichert (§ 10 SGB V) ab dem (Datum)		
Beihilfeberechtigte/ Beihilfeberechtigter	%					
Ehegatte	%					
1. Kind	%					
2. Kind	%					
3. Kind	%					
4. Kind	%					

Bei privater Krankenversicherung ist als Nachweis eine Kopie des aktuellen Versicherungsscheines notwendig. Zu den gesetzlichen Krankenversicherungen gehören z. B. AOK, BKK, Ersatzkassen und knappschaftliche Krankenversicherung. Ein Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung kann z. B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen bestehen.

\* Bei erstmaliger Antragstellung sowie bei jeder Tarifumstellung oder -änderung (nicht: Beitragsänderung) bitte einen Nachweis beifügen.

\*\* Bitte Nachweis oder Bescheid über den Grundanspruch beifügen.

**3.1 Wird einer der o. g. Personen ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt (z. B. von einem Rentenversicherungsträger)?**

nein ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben

folgende Änderung:

Welcher Person	Höhe des Zuschusses EUR/mtl.
Bei freiwilliger Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung nach Vollendung des 65. Lebensjahres:	Der Krankenversicherungsbeitrag ist gem. § 248 Abs. 2 SGB V ermäßigt seit:

**4. Besteht für Sie, Ihren Ehegatten oder Ihr Kind eine anderweitige eigene Beihilfeberechtigung?**

nein ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben

folgende Änderung: Beihilfeberechtigung aufgrund

des Erhalts von Versorgungsbezügen (Pension)	Wer		
eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst	Wer		
eines Beschäftigungsverhältnisses bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen usw.	Wer		
eines Abgeordnetenverhältnisses	Wer		
als Beamter/Beamtin	als Arbeitnehmer(in)	als Abgeordnete(r)	als Versorgungsempfänger(in)
gegenüber wem	von - bis		

**5. Ist ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger bei einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig (z. B. Kinder bei beiden Elternteilen)?**

nein ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben

folgende Änderung:

Welche Person	bei wem (Aufwendungen können nur mit Originalbelegen geltend gemacht werden)
---------------	--

**6. Werden Aufwendungen für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten geltend gemacht?**

nein ja (Bitte immer die beiden folgenden Fragen beantworten!)

Übersteigen die Einkünfte Ihres Ehegatten (§ 2 Abs. 3 EStG) im Vorvorjahr vor Antragstellung den Betrag von 18.000,00 EUR?	nein ja
Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich ebenfalls übersteigen?	nein ja

**7. Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis?**

nein ja (Unfallschilderung beifügen), es handelt sich um

Beamte: einen Dienstunfall am:	Angestellte/Arbeiter einen Arbeitsunfall am:	Schüler einen Schulunfall am:	einen Freizeitunfall oder sonstige Schädigung am:
Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)? - Bitte auch die Belege mit Hinweis „Unfall“ versehen			
Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. kommt ein Schadensersatzanspruch gegen Dritte in Betracht? *			
nein ja			
Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Ersatzpflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer			

\* Zu den Ansprüchen auf Kostenerstattung gehören auch Ansprüche z. B. gegen Schulträger, Sportvereine.

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

nein ja. Der Behandler ist	Beleg-Nr.
Ehegatte Kind Elternteil der behandelten Person.	(Bitte Nachweis über entstandene Sachkosten beifügen)

**9. Werden Aufwendungen für Pflege geltend gemacht?**

nein ja, häusliche Pflege ja, stationäre Pflege

Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)?		Pflegepauschale wird beantragt von bis	
Name der pflegebedürftigen Person	Pflegestufe	Name der Pflegeperson	Verwandtschaftsverhältnis
Unterbrechung der Pflege von - bis	Grund der Unterbrechung (z. B. Verhinderungspflege)		

**10. Werden Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind, geltend gemacht?**

nein ja, folgende:

Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)?	Betrag	➔ Nachweis - Versicherungsschein über Ausschluss usw. bitte beifügen, soweit nicht vorliegend
---	--------	---

**11. Auszahlung der Beihilfe**

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten	von EUR	am
--	---------	----

Bei jedem Antrag ausfüllen:

Ich bitte, die Beihilfe	auf mein bekanntes Konto	auf mein neues Konto
Konto - Nummer		
bei (Kreditinstitut)		
Bankleitzahl		

zu überweisen.

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen auf die Kosten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Nur wenn der Beihilfeberechtigte nicht in der Lage ist, den Antrag selbst zu stellen:

Unterschrift des Vertreters Vollmacht liegt vor  
liegt bei

## Zusammenstellung der Aufwendungen

Vom Antragsteller auszufüllen.

Bitte die Belege sortiert eintragen. Die Spalten Ehegatte bzw. Kinder können bei Bedarf auch vom Antragsteller mitgenutzt werden.

Beleg-Nr.	Datum der Rechnung	Art der Leistung (z. B. ärztliche Behandlung, Krankenhaus, Rezept, Hilfsmittel)	Rechnungsbetrag EUR	Kostenerstattung von anderer Seite, falls kein Prozenttarif EUR
<b>Antragsteller:</b>				
<b>Ehegatte:</b>				
<b>Kinder:</b>				
<b>Summe der Rechnungsbeträge:</b>				