

Antrag auf Beihilfe

Bitte Zutreffendes ankreuzen oder deutlich ausfüllen

0024



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

Achtstellige **Personalnummer der ZBV** bitte in vorgesehene Spalten **eintragen**

Name/Vorname des/der Antragsteller/in:	
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort):	
Geburtsdatum:	Tel. dstl.: priv.:

Bei erstmaliger Antragstellung mit diesem Vordruck:
Bitte alle Fragen beantworten

Bei wiederholter Antragstellung:
Haben sich Änderungen bei den Fragen Nr. 1 bis 6 gegenüber den Angaben im letzten Antrag auf Beihilfe ergeben

nein, **weiter bei Nr. 7** ja, **Nr. 1 bis 6 vollständig ausfüllen**

Beschäftigungsstelle:

Abs. _____

▶	Nur ausfüllen, wenn keine Versorgungsbezüge empfangen werden ▼		Amts-/Dienstbezeichnung:	
	1	Im öffentlichen Dienst beschäftigt seit:	<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt seit: Anzahl der Wochenstunden:	<input type="checkbox"/> Dienst-/Arbeitsverhältnis befristet: von: bis:
	Ohne Bezüge beurlaubt von: bis:		<input type="checkbox"/> Elternzeit	<input type="checkbox"/> sonstiger Grund:
	Haben Sie im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen Krankenbezüge bezogen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von: bis:			
▶	Nur ausfüllen, wenn Versorgungsbezüge empfangen werden ▼			
Beziehen Sie mehrere Versorgungsbezüge <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von:				

2 Ich bin ledig oder seit: _____ verheiratet verwitwet geschieden getrennt lebend

3 Haben Sie oder Ihre Angehörigen (Ehegattin, Ehegatte oder Kinder) einen Anspruch auf:

a) Heilfürsorge nach Beamten- oder Soldatenrecht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▼	b) Krankenhilfe nach Bundesversorgungs-, Lastenausgleichs-, Bundesentschädigungs-, Entwicklungshelfergesetz? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▼	c) Krankenfürsorge nach dienst- oder arbeitsvertraglichen Regelungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▼
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bitte Nachweis oder Bescheid über Art und Höhe der Ansprüche beifügen

4 Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen (Ehegattin, Ehegatte, Kinder) / **siehe Fußnote¹⁾**

Personen – bei Angehörigen bitte Vornamen und – falls abweichend – Familienname angeben	nicht kranken- ver- sichert	Kurzbe- zeichnung der Krankenkasse / -versicherung	privat versichert			gesetzliche Kranken- oder Ersatzkasse (AOK, BEK etc.)				dieser Ver- sicherungs- schutz besteht seit
			Prozent- tarif	Fest- kosten- tarif	Zusatz-/ sonstige Tarife ²⁾	pflicht- versichert	freiw. versichert	rentnerpflicht- versichert	familien- versichert	
Antragsteller/in (A)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Ehegatte/-gattin (E)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Kind - Geburtsdatum	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A E <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kind - Geburtsdatum	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A E <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kind - Geburtsdatum	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A E <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kind - Geburtsdatum	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A E <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5 Wurden oder werden Zuschüsse (z.B. vom Rentenversicherungsträger), Arbeitgeberanteile oder dgl. zum Krankenversicherungs-/Krankenkassenbeitrag gewährt? ja

Wem? Person:	Von wem?	Seit:	Höhe der Zuschüsse und dgl.: mtl. EUR	<input type="checkbox"/> nein
Person:			mtl. EUR	

6 Haben Sie oder Ihre Angehörigen eine sonstige eigene Beihilfeberechtigung? ja

<input type="checkbox"/> aufgrund einer beamtenrechtlichen Versorgung	wer:	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> aufgrund eines Dienstverhältnisses im öffentlichen Dienst als Beamtin/Beamter	wer:	
<input type="checkbox"/> aufgrund eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses	wer:	
<input type="checkbox"/> aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses	wer:	
gegenüber wem:	seit:	

1) Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderungen im Versicherungsverhältnis sind dem Antrag entsprechende Nachweise der Versicherung beizufügen.
2) Hierunter fallen: Pflegekostenversicherungen, Auslands- (Reise)versicherungen, Ergänzungstarife für Zahnkosten, Wahlleistungen im Krankenhaus o.ä., nicht aber Tagesgeldversicherungen (Pflegefalltagedgeldversicherung, Krankenhaustagedgeldversicherungen, Krankentagedgeldversicherung).

Zusammenstellung der Aufwendungen

Bitte Rechnungen und Rezepte **einzel**n – nach Aufwendungen getrennt – eintragen.

Wichtiger Hinweis zu Seite 2: Auch Kostenerstattungen von anderer Seite in Spalte 5 sind durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung nachweislich nach einem Vomhundertsatz (Prozenttarif) bemessen werden, ist kein Einzelnachweis erforderlich.
Bei stationärer Behandlung mit Wahlleistung ist immer die Wahlleistungsvereinbarung mit einzureichen.

A. Aufwendungen – ohne dauernde Pflege –

Person	B e l e g - N r.	Datum der Rechnung/ Kaufdatum bei Rezepten	Rechnungs- betrag		Kostenerstattung von anderer Seite (Leistungen nach einem Prozentarif brauchen Sie hier nicht anzugeben)		Nur von der Fest- setzungs- stelle auszufüllen	B e l e g - N r.	Datum der Rechnung/ Kaufdatum bei Rezepten	Rechnungs- betrag		Kostenerstattung von anderer Seite (Leistungen nach einem Prozentarif brauchen Sie hier nicht anzugeben)		Nur von der Fest- setzungs- stelle auszufüllen
			EUR	Ct	EUR	Ct				EUR	Ct	EUR	Ct	
1	2	3	4		5		6	2	3	4		5		6
Antragsteller/in														

▼ **Kinder - Vorname**

Summe 1

--	--



--	--



--	--

Summe 2

Gesamtsumme in EURO

Die Summenfelder bitte stets ausfüllen!

B. Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

I Ich beantrage eine Beihilfe für:

Häusliche Pflege durch Selbstbeschaffte Pflegekräfte/Pauschalbeihilfe
 Teilstationäre Pflege Vertrags- (Berufs-) Pflegekräfte
 Kurzzeitpflege
 Stationäre Pflege
 Betreuung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung der Behindertenhilfe
 Pflegehilfsmittel/Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes
 Zusätzliche Betreuungsleistungen

II Der Leistungsbescheid der Pflegekasse/-versicherung
 ist beigefügt wird nachgereicht liegt der Festsetzungsstelle vor

III Welche Pflegeversicherung besteht für Sie und Ihre Angehörigen (Ehegattin, Ehegatte oder Kinder)

Personen - bei Angehörigen bitte Vornamen und - falls abweichend - Familienname angeben	nicht pflege-versichert	Kurzbezeichnung der Pflegekasse/ Pflegeversicherung	private v.H.-Satz	soziale		dieser Versicherungs-schutz besteht seit:
				selbst versichert	familien-versichert bei	
Antragsteller (A)	<input type="checkbox"/> ▼			<input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	
Ehegattin/Ehegatte (E)	<input type="checkbox"/> ▼			<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	
Kind - Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> ▼			<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
Kind - Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> ▼			<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
↳ Grund:						

IV für (gepflegte Person)	Pflegestufe I von – bis	Pflegestufe II von – bis	Pflegestufe III von – bis	Die Pflege war unterbrochen von – bis ¹⁾

1) Unterbrechungszeiten wegen stationärer Krankenhausbehandlung etc. der gepflegten Person oder Verhinderung (Urlaub, Krankheit) der Pflegeperson.

► Angaben bei Pauschalbeihilfe zu den selbstbeschafften Pflegekräften

für (gepflegte Person)	Name, Vorname der Pflegeperson	Die Pflegeperson pflegte von – bis	

Zusammenstellung der Pflegeaufwendungen

Person	Beleg-Nr.	Datum der Rechnung	Rechnungsbetrag		Kostenerstattung von anderer Seite (Leistungen nach einem Prozenttarif brauchen Sie hier nicht anzugeben)	Nur von der Festsetzungsstelle auszufüllen	Beleg-Nr.	Datum der Rechnung	Rechnungsbetrag		Kostenerstattung von anderer Seite (Leistungen nach einem Prozenttarif brauchen Sie hier nicht anzugeben)	
			EUR	Ct					EUR	Ct		EUR
1	2	3	4		5	6	2	3	4		5	6

C. Aufwendungen zur Säuglings- und Kleinkinderausstattung

Ich beantrage den Pauschalbetrag zur Säuglings- und Kleinkinderausstattung für:

Vor-/Familienname des/r Kindes/r	Geburtsdatum	Geburtsurkunde ▼
		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> liegt bereits bei OFD-ZBV vor
		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> liegt bereits bei OFD-ZBV vor

7	Kinder, sofern nicht im Familien-/Orts-/Sozialzuschlag der/des Antragstellerin/s berücksichtigt			
	Vor-/Familienname	Geburtsdatum	Im F-, O-, S- Zuschlag berücksichtigt	Kinder nach Vollendung des 18. Lebensjahres
			<input type="checkbox"/> ja, bei wem? _____ <input type="checkbox"/> nein von _____ bis _____	in Ausbildung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▼ Ausbildungsnachweis liegt <input type="checkbox"/> bei <input type="checkbox"/> vor
			<input type="checkbox"/> ja, bei wem? _____ <input type="checkbox"/> nein von _____ bis _____	in Ausbildung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▼ Ausbildungsnachweis liegt <input type="checkbox"/> bei <input type="checkbox"/> vor
		<input type="checkbox"/> ja, bei wem? _____ <input type="checkbox"/> nein von _____ bis _____	in Ausbildung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▼ Ausbildungsnachweis liegt <input type="checkbox"/> bei <input type="checkbox"/> vor	

8	<p>War ein Behandler (Arzt, Heilpraktiker, Krankengymnast, Pflegeperson, etc.) nahe Angehöriger?</p>	<p>Nahe Angehörige sind Ehegatte/-gattin, Kinder, Eltern der jeweils behandelten Person; im Falle einer vorübergehenden häuslichen Pflege (§ 4 Abs. 1 Nr. 12 BVO), einer Familien-/Haushaltshilfe (§ 4 Abs. 4 BVO) auch Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne/-töchter, Schwäger/innen, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger. <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Um welche Belege handelt es sich? Beleg-Nr.: _____</p>	<input type="checkbox"/> nein
----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

9	<p>Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für - die Ehegattin / den Ehegatten geltend gemacht werden</p>	Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____	
		<p>Hatte Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte im zweiten Kalenderjahr vor der Antragstellung Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb, selbständiger/nichtselbständiger Arbeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung oder sonstige Einkünfte, die in der Summe 20.450,00 EUR übersteigen? <input type="checkbox"/> ja ▼</p>	<input type="checkbox"/> nein
		<p>Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr den Betrag von 20.450,00 EUR ebenfalls übersteigen? <input type="checkbox"/> ja</p>	<input type="checkbox"/> nein

10	<p>Nur ausfüllen bei Unfällen jeder Art Verletzungen oder anderen schädigenden Ereignissen</p>	<p>Die Aufwendungen zu Beleg-Nr.: _____ sind entstanden durch ein/en</p> <p><input type="checkbox"/> Dienstanfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Unfall im privaten Bereich <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> Kindergartenunfall <input type="checkbox"/> anderes schädigendes Ereignis <input type="checkbox"/> Berufs-krankheit</p> <p>am _____ (Datum/Tag des Unfalls).</p>	<input type="checkbox"/> Berufskrankheit Unfallschilderung nicht erforderlich
		<p>Eine Unfallschilderung (evtl. mit Name und Anschrift des Ersatzpflichtigen) ist beigelegt <input type="checkbox"/> / liegt vor <input type="checkbox"/>.</p>	

11	<p>Nur ausfüllen, wenn die private Versicherung Leistungsausschlüsse enthält</p>	<p>Die nachstehend aufgeführten Belege enthalten Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen - trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung - ausgeschlossen oder auf Dauer eingestellt worden sind.</p> <p>Beleg-Nr.: _____ Bitte Nachweis über Ausschluss beifügen (Versicherungsscheine o.ä.)</p>
-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

12	<p>Nur ausfüllen von männlichen Antragstellern, bei Aufwendungen für Kinder, mit deren Mutter er nicht verheiratet ist</p>	<p>Ich habe die Aufwendungen zu Beleg-Nr.: _____ in voller Höhe selbst getragen, die Aufwendungen zu Beleg-Nr.: _____ nur in Höhe von EUR _____ getragen.</p> <p>Zahlungsnachweis ist beigelegt.</p>
-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

13	<p>Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen im Ausland entstanden sind</p>	<p>Besteht Anspruch auf Leistungen aus einer Auslands- (Reise) versicherung? <input type="checkbox"/> ja, bei welcher Versicherung _____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Bitte Nachweise über die Höhe der Versicherungsleistung beifügen</p>
-----------	---------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

14	<p>Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für - Vertrags- (Berufs-) Pflegekräfte oder - stationäre Pflege geltend gemacht werden</p>	Erhalten Sie (A) oder Ihr/e Ehegatte/in (E)			ja,	wer?		nein
		a) Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>		
		b) Renten aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>		
		c) Renten aus einer zusätzl. Alters- und Hinterbliebenenversorgung für Angehörige des öffentlichen Dienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>		
		d) Versorgung aus der Verwendung im öffentlichen Dienst einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung gem. § 56 BeamtVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>		
		e) Erwerbseinkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>		
		f) Dienst- oder Versorgungsbezug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>		
Die mit ja gekennzeichneten Einkunftsarten sind durch entsprechende Unterlagen nachzuweisen. Diese sind beigelegt <input type="checkbox"/> / liegen der OFD-ZBV vor <input type="checkbox"/>								

15	<p>Nur ausfüllen, wenn die Auszahlung nicht auf das Gehalts-, sondern ein anderes Konto erfolgen soll</p>	<p>Bankleitzahl: _____ Geldinstitut: _____</p> <p>Kontonummer: _____ Kontoinhaber: _____</p>
-----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

16	<p>Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt. Evtl. anderen Beihilfeberechtigten gezahlte Beihilfen zu den selben Aufwendungen sind angegeben (S. 2,3; Sp. 5).</p> <p>Datum: _____ Unterschrift: _____</p>
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------