

1

Antragsteller Name, Vorname				Dienststelle bzw. ehemalige Dienststelle		
Geburtsdatum	Familienstand ledig	verheiratet	verwitwet	rechtskräftig geschieden seit		
Vorname des Ehegatten				Geburtsdatum des Ehegatten		
Antrag auf Gewährung einer Beihilfe in der beamtenrechtlichen Krankenfürsorge Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt Carl-Miller-Straße 7 39112 Magdeburg				Straße, _____ Nr.		
				Postleitzahl, Wohnort _____		
				Telefon dienstlich _____		Telefon privat _____
				Versorgungsempfänger nein ja, seit _____		
				Beamter auf Widerruf nein ja, seit _____		
				Beantragen Sie erstmalig bei uns Beihilfe? ja nein		
				Bitte stets ausfüllen!		
Aktenzeichen: _____				(Bitte dem letzten Bescheid entnehmen)		

Zutreffendes bitte immer ankreuzen, vollständig und deutlich ausfüllen. Datumsformat = tt.mm.jjjj
Bei erstmaliger Antragstellung: Bitte sämtliche Fragen vollständig beantworten!
Bei wiederholter Antragstellung: Überlegen Sie genau, ob sich bei den Punkten 1 – 4 Änderungen ergeben haben!

Nein, Änderungen sind nicht eingetreten **Ja, Änderungen zu den Punkten 1 - 4**
Weiter bei Punkt 5

2 **Überweisen Sie die beantragte Beihilfe auf**

Kontoinhaber	Konto-Nr.	bei Geldinstitut	Bankleitzahl
--------------	-----------	------------------	--------------

3 **Im Familienzuschlag, Ortszuschlag bzw. Sozialzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder**

Vorname (ggf. abweichender Familienname Stiefkind / Adoptivkind / Enkelkind)	Geburtsdatum	bei Kindern über 18 Jahren bitte angeben:		Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit	
		z. B. Schulbesuch, Berufsausbildung, Studium	seit	seit / von	bis
1. Kind					
2. Kind					
3. Kind					
4. Kind					
5. Kind					

Möglich Wegfallgründe sind z. B. Wehr- oder Zivildienst, Höhe der Einkünfte des/r Kindes/er

4 **Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen?**

Personen	Kurzbezeichnung der Krankenversicherung oder der Krankenkasse (bei Versicherungswechsel Beginn u. Ende der Versicherungsverhältnisse angeben)	Private Krankenversicherung ¹⁾					Gesetzliche Krankenkasse oder Ersatzkasse			
		Prozenttarife			Standard-tarif	Zusatztarif ²⁾	pflicht-versichert (§ 5 SGB V)	freiwillig-versichert (§ 9 SGB V)	familien-versichert (§§ 10 SGB V)	nicht-versichert
		ambulant	stationär	Zahnbehandl./Zahnersatz						
Antragsteller		%	%	%						
Ehegatte		%	%	%						
1. Kind		%	%	%						
2. Kind		%	%	%						
3. Kind		%	%	%						
4. Kind		%	%	%						

¹⁾ Bei erstmaliger Antragstellung sowie bei jeder Tarifumstellung oder-änderung (nicht: Beitragsänderung) bitte eine aktuelle Versicherungsbescheinigung beifügen.
²⁾ Hierunter fallen: Pflegekosten, Auslands-(Reise-)versicherung, Ergänzungstarife für Zahnkosten oder Wahlleistungen im Krankenhaus o. ä.; nicht aber Tagegeldversicherungen (Pflegefalltagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeldversicherung)

Bitte die nachfolgenden Fragen unbedingt vollständig beantworten und die Hinweise beachten!			
5	Machen Sie Aufwendungen für Ihren Ehegatten geltend? Wenn ja, hatte/hat ihr Ehegatte Einkünfte (Gesamtbetrag der Einkünfte lt. Steuerbescheid) gem. § 2 Abs. 3 EStG von über 18.000 EUR <ul style="list-style-type: none"> ▪ im vorletzten Kalenderjahr, ▪ voraussichtlich im lfd. Kalenderjahr (z. B. Einkünfte aus Gewerbebetrieb, selbständiger und nichtselbständiger Arbeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung, Land- und Forstwirtschaft)?		nein ja nein ja nein ja
	Werden Aufwendungen für einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Kinder, Ehegatte) geltend gemacht, der arbeitslos und daher krankenversicherungspflichtig ist?		nein ja
	Wer war arbeitslos beim Arbeitsamt gemeldet		von - bis —
	Bezug von Arbeitslosengeld/-hilfe		von - bis —
6	Haben Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger Ansprüche auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung aufgrund gesetzlicher oder anderer Vorschriften? Bitte Nachweis beifügen! (z. B. Anspruch auf Heil- und Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz als Schwerkriegsbeschädigter oder Witwe, Heilfürsorge als Feuerwehr-, Polizeibeamter oder als Soldat nach dem Soldatenversorgungsgesetz für eine Wehrdienstbeschädigung aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen?)		nein ja wer _____
	Haben Sie eine weitere eigene Beihilfeberechtigung oder hat ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger eine eigene Beihilfeberechtigung? Wenn ja, aufgrund beamtenrechtlicher Versorgung einer Beschäftigung im öffentlichen Dienst als Beamter einer sonstigen Beschäftigung als Arbeitnehmer		nein ja wer _____
8	Sind Angehörige (z. B. ein Kind) bei einem anderen Beihilfeberechtigten (z. B. dem anderen auch beihilfeberechtigten Elternteil) ebenfalls berücksichtigungsfähig? (Aufwendungen für diese Angehörigen bitte mit Originalbelegen geltend machen!)		nein ja wer _____
9	Erhalten Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (Altersrente, Witwenrente ...)?		nein ja BfA LVA wer _____ u.a.
10	Werden Ihnen Zuschüsse oder Arbeitgeberanteile zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt? Wenn ja, wem, in welcher Höhe, von wem? Antragsteller mtl. _____ € Rentenvers.träger Arbeitgeber Ehegatte mtl. _____ € Rentenvers.träger Arbeitgeber Kind mtl. _____ € Rentenvers.träger Arbeitgeber Kind mtl. _____ € Rentenvers.träger Arbeitgeber		nein ja Bitte beachten Sie, dass Zuschüsse (z.B. BfA/LVA) oder Arbeitgeberanteile den Beihilfeanspruch einschränken bzw. einschränken können.
	Beruhen Aufwendungen auf einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis? (Verletzung) Wenn ja, handelt es sich um einen Dienstunfall (Aufwendung nicht beihilfefähig, Ansprüche beim Dienstherrn geltend machen.) Arbeitsunfall eine Berufskrankheit Unfall im Zusammenhang mit Kindergarten, Schulbesuch, Studium Unfall im privaten Bereich um ein anderes schädigendes Ereignis		nein ja Beleg-Nr. _____ Aussagefähige Unfallschilderung beifügen (ggf. Kopie der Unfallschilderung für die Krankenversicherung)
11	Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? Wenn ja, Name, Anschrift und Aktenzeichen des Ersatzpflichtigen / Kostenträgers und ggf. die ermittelnde Polizeidienststelle angeben.		nein ja Schadensnummer: _____
	Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilbehandlung geltend gemacht? (Nahe Angehörige sind Ehegatte, Kinder, Eltern der behandelten Person) Wenn ja, Nachweis über entstandene Sachkosten beifügen.		nein ja Beleg-Nr.: _____
13	Werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder auf Dauer eingestellt wurden? Wenn ja, um welche Aufwendungen handelt es sich?		nein ja Nachweis beifügen Beleg-Nr. _____
14	Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für häusliche Pflege geltend gemacht werden! Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)?		
	Name der pflegebedürftigen Person	Name der pflegenden Person	Verwandtschaftsverhältnis
	Pflegepauschale wird beantragt für Stufe I Stufe II Stufe III	(Nachweise bei erstmaliger Beantragung oder Änderung der Pflegestufe bitte einfügen)	
	Unterbrechung der Pflege (von – bis) —	Bestätigung über erbrachte Pflege (Unterschrift der Pflegeperson):	
15	Von allen Beihilfeberechtigten auszufüllen, die in einem Arbeits-, Ausbildungs- oder Dienstverhältnis stehen, also nicht von den Versorgungsempfängern: Ich bin bei meinem derzeitigen Dienstherrn/Arbeitgeber vollbeschäftigt befristet beschäftigt teilzeitbeschäftigt Altersteilzeit Elternzeit ohne Dienstbezüge beurlaubt nein ja Wenn ja,		seit _____ ggf. ausgeschieden am _____ mit _____ Wochenstunden mit _____ Wochenstunden vom _____ bis _____ vom _____ bis _____

16	Abschlagzahlung von Beihilfebeiträgen			
	Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten	von EUR	am	durch (Kasse)
17	<p>Allgemeine Hinweise</p> <p>Für jede Aufwendung ist ein Beleg beizufügen (Original oder Zweitschrift bzw. von der Apotheke bestätigte Rezeptkopie). Wenn beide Elternteile berechtigt sind, sind bei Aufwendungen für Kinder <u>Originalbelege</u> einzureichen.</p> <p>Eine Anerkennung vor Behandlungsbeginn ist z. B. erforderlich für: <u>Heilkuren</u>, <u>Sanatoriumsaufenthalte</u>, Behandlungen in Krankenanstalten mit zusätzlichem Sanatoriumsbereich (ärztliche Bescheinigung, ob überwiegend eine Sanatoriums- oder aber eine Krankenhausbehandlung vorliegt), <u>psychotherapeutische Behandlungen</u>, Regenerationsbehandlungen, Gasinsufflationen.</p> <p>Bei Heil- und Hilfsmitteln, Heilbehandlungen sowie Kosten für Rettungswagen u. ä. wird die vorherige schriftliche Verordnung des Arztes benötigt.</p> <p>Bei Krankenhaus- und Pflegeheimkosten fügen Sie bitte stets auch die Pflegekostentarife bei. Bei der erstmaligen Beantragung von Leistungen aus der Pflegeversicherung legen Sie bitte den Leistungsbescheid der Pflegekasse vor.</p> <p>Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn zwischen dem Datum der Rechnungsausstellung <u>und dem Antragseingang bei der Behörde</u> nicht mehr als 1 Jahr liegt (in Todesfällen 1 Jahr ab Todestag). Bei Anträgen mit Aufwendungen von weniger als 200 EUR wird nur dann eine Beihilfe gewährt, wenn die Aufwendungen aus 10 Monaten 15 EUR übersteigen.</p> <p>Zuschüsse zum Krankenkassenbeitrag können den Beihilfeanspruch einschränken.</p>			
18	<p>Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.</p> <p>Mir ist bekannt, dass ich Preisermäßigungen oder –nachlässe sowie Kostenerstattungen – auch nachträgliche – dem Kommunalen Versorgungsverband Sachsen-Anhalt mitzuteilen habe.</p> <p>Für die geltend gemachten Aufwendungen wurden bisher Beihilfen nicht beantragt.</p> <p>Sollte sich herausstellen, dass die Angaben unrichtig oder unvollständig sind, werden evtl. gewährte Beihilfen zurückgefordert.</p>			
	Datum	Unterschrift der / des Beihilfberechtigten oder der / des Bevollmächtigten		
		Vollmacht		liegt vor liegt bei

19	Vom Antragsteller auszufüllen					Nicht vom Antragsteller auszufüllen								
	Getrennt und sortiert nach Personen , für die die Aufwendung entstanden ist; vgl. Spalte 4; Antragsteller = A, Ehegatte = E; Kind = K ₁ , K ₂ , K ₃ usw.													
Beleg-Nr.	Datum der Rechnung	Aufwendungsart Re/Rezept Ar/Arzt Kr/Krankenh. Za/Zahnarzt u.ä Abkürzungen	Person z. B. A E K ₁ , K ₂	Rechnungsbetrag		Aufwendungsart-schlüssel	Notwendig		Höchstens		Erstattung			Textbaustein Nr.
				EUR	ct		EUR	ct	EUR	ct	%	EUR	ct	
1	2	3	4	5		6	7		8		9	10		11
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														

