

Antrag auf Beihilfe

Bei **erstmaliger Antragstellung** bei der nachstehend im Anschriftenfeld aufgeführten Festsetzungsstelle oder bei **Änderungen in den persönlichen Verhältnissen** sind **durchgängig vollständige Angaben notwendig!** Andernfalls kann die Beihilfe mit dem „Antrag auf Beihilfe -Kurzantrag-“ (Bw-2679) beantragt werden.

Hinweise:

- Zutreffendes bitte ankreuzen.**
- Wenn angekreuzt, folgen Sie der Pfeilrichtung/dem Hinweis und beantworten Sie bitte die weiteren Fragen sorgfältig.
- **Nachweiserinnerung!** Wenn Sie in der entsprechenden Spalte Eintragungen vorgenommen haben, sind Nachweise beizufügen (ab Seite 2).

Festsetzungsstelle

**Bundeswehrverwaltungsstelle
in den USA und Kanada**

**11150 Sunrise Valley Drive
Reston, VA 20191**

(Eingangsstempel Beschäftigungsstelle/Wirtschaftstruppenteil)	(Eingangsstempel der Festsetzungsstelle)
Weitergereicht nach Prüfung der Angaben und auf Vollständigkeit der Belege mit _____ Anlagen/ <input type="checkbox"/> 1 verschlossenem Umschlag.	
Im Auftrag (Datum, Unterschrift, Amtsbezeichnung)	

Bitte immer Personenkenzziffer angeben:
 (Hinweis für Versorgungsempfänger: Die Personenkenzziffer kann der Mitteilung über Versorgungsbezüge entnommen werden)

Bitte vollständig ausfüllen und deutlich schreiben!

1 Antragsteller/Antragstellerin (Name, Vorname, Dienstgrad/Amts-/Dienstbezeichnung)	Geburtsdatum	
Dienststelle/Einheit/Referat, PLZ, Dienort, Straße, Haus-Nr	Bw-Fernwahl	Hausruf BesGr/Entgeltgruppe
Vollständige Privatanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		Telefon (Vorwahl, Telefonnummer)
<input type="checkbox"/> Witwer/ des Verstorbenen/der Verstorbenen <input type="checkbox"/> Witwe/ (Vorname, Name, früherer Dienstgrad/frühere Amts-/Dienstbezeichnung) <input type="checkbox"/> Waise		

Haben Sie schon einmal einen Antrag auf Beihilfe gestellt?

Nein <input type="checkbox"/>	Ja, den letzten am (Datum) bei (Stelle)	
Haben sich Änderungen bei den Fragen Nr. 2 bis 8 gegenüber den Angaben im letzten Antrag auf Beihilfe ergeben?		
Nein <input type="checkbox"/>	Ja, <input type="checkbox"/>	bitte beantworten Sie erneut alle Fragen vollständig ab Nr. 2:

2	Berufssoldat/ Berufssoldatin	Soldat/ Soldatin auf Zeit	Beamter/ Beamtin	Arbeitnehmer/ Arbeitnehmerin der Bw	Auszubildender/ Auszubildende	Versorgungsempfänger/ Versorgungsempfängerin	Empfänger/ Empfängerin von Übergangsgebühren	Beschäftigt Vollzeit Teilzeit, wöchentlich	Stunden	
Altersteilzeit vom–bis (Datum)			Dienst Eintritt bzw. Beschäftigungsbeginn im Bundesdienst (Datum)			Gebührens Zahlende Stelle WBV:				
Für Soldaten/Soldatinnen auf Zeit: Verpflichtungsdauer vom–bis (Datum) Jahre				Beurlaubung ohne Dienstbezüge (gem. § 72a Abs 4 S. 1 Nr. 2 BBG) vom–bis (Datum)			Sonstige Beurlaubung ohne Dienstbezüge vom–bis (Datum)			
Mutterschutzfrist vom–bis (Datum)				Elternzeit vom–bis (Datum)			Erziehungsgeld vom–bis (Datum)			

2.1 Wenn Sie in das Ausland versetzt/kommandiert/abgeordnet worden sind:

Die Zusage der Umzugskostenvergütung (UKV) ist <input type="checkbox"/> nicht erteilt worden <input type="checkbox"/> erteilt worden	Mitflug für Personen ist (nach VMBI 1989 S. 197 Nr. 3 oder 4) <input type="checkbox"/> nicht genehmigt worden <input type="checkbox"/> genehmigt worden
---	--

3 Familienstand (auch dann anzugeben, wenn keine Aufwendungen für den Ehegatten geltend gemacht werden)

ledig <input type="checkbox"/> ↓	verheiratet seit (Datum)	getrennt lebend seit (Datum)	rechtskräftig geschieden seit (Datum)	verwitwet seit (Datum)
Angaben zum Ehegatten: (Auch auszufüllen, wenn geschieden oder verwitwet und Ansprüche aus der gemeinsamen Zeit geltend gemacht werden.) Vorname; Name nur, wenn abweichend				
Geburtsdatum				
Berufstätig Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja: a) Auszubildender/Auszubildende Nein <input type="checkbox"/> ↓ Ja, seit (Datum) als (Berufsziel)			
b) beschäftigt Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit, wöchentlich Std. seit (Datum) bis (Datum) als (Berufsbezeichnung)				
c) Arbeitgeber zu a) oder b) (Name/Firma, Anschrift)				

4 Im Familienzuschlag, bei den kinderbezogenen Entgeltbestandteilen berücksichtigungsfähige Kinder

Lfd-Nr	Vorname; Name nur, wenn abweichend	Geburtsdatum	Schüler/ Schülerin	Auszubildender/Auszubildende / Student/Studentin / Praktikant/Praktikantin seit (Datum)	voraussichtlich bis (Datum)
(1)			<input type="checkbox"/>		
(2)			<input type="checkbox"/>		
(3)			<input type="checkbox"/>		
(4)			<input type="checkbox"/>		
(5)			<input type="checkbox"/>		

Wegfall oder Unterbrechung der Berücksichtigungsfähigkeit des Kindes/der Kinder im Familien-, Orts- bzw Sozialzuschlag (z.B. Wehrdienst/Zivildienst):
Zeitpunkt des Wegfalls (Datum) Unterbrechung vom-bis (Datum)

Lfd-Nr Lfd-Nr

↓ **Hinweis:** Bei einer Ausbildung im öffentlichen Dienst bitte die Fragen Nr. 7.2.2 und 7.2.3 beantworten.

5 Krankenversicherung/Pflegeversicherung ● Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung des Versicherungsschutzes ist ein Nachweis (Kopie) über den Umfang beizufügen.

5.1 Art des Versicherungsschutzes	a) Privater Kranken-/Pflegeversicherungsschutz							b) Gesetzliche Kranken-/Pflegeversicherung (z.B. AOK/Ersatzkasse/knappschaftliche Krankenversicherung)					
	Nicht versichert	Beginn oder Änderung des Versicherungsverhältnisses (Datum)	Ambulant = A Prozent-tarif	Stationär = Stat Prozent-tarif	Zahn-kosten = Z Prozent-tarif	Fest-kosten-tarif	Zusatz-tarif Wahl-leistungen	Beihilfe-kon-former Standard-tarif (mit eingeschr. ärztlichen Leistungen)	pflicht-ver-sichert	frei-willig ver-sichert	familien-ver-sichert	Privater Zusatztarif Wahlleistungen/Aus-landsreisekrankenvers.	
● Antrag-steller	<input type="checkbox"/> ↓					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
● Ehegatte	<input type="checkbox"/> ↓					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
● 1. Kind	<input type="checkbox"/> ↓					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
● 2. Kind	<input type="checkbox"/> ↓					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
● 3. Kind	<input type="checkbox"/> ↓					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
● 4. Kind	<input type="checkbox"/> ↓					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
● 5. Kind	<input type="checkbox"/> ↓					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.

5.2 Wird ein Zuschuss/Beitragsanteil zu den Krankenversicherungsbeiträgen auf Grund eines Rentenbezuges oder berufl. Tätigkeit gewährt? (Kann der Gehalts- oder Rentenanpassungsmittel entnommen werden)

Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja: (Name)	Monatl. Zuschuss/Beitragsanteil	seit (Datum)	
	(1)		EUR	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
	(2)		EUR	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.

6 Gesetzliche Rente (nicht Versorgungsbezüge)

6.1 Beziehen Sie oder eine berücksichtigungsfähige angehörige Person eine gesetzliche Rente?

Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja: (Name)	Art der Rente	seit (Datum)	Anspruch auf Mitgliedschaft in der gesetzl. Krankenversicherung der Rentner
	(1)			<input type="checkbox"/> besteht nicht. <input type="checkbox"/> besteht.
	(2)			<input type="checkbox"/> besteht nicht. <input type="checkbox"/> besteht.

6.2 Haben Sie oder hat eine berücksichtigungsfähige angehörige Person eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?

Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja: (Name)	am (Datum)	Der Antrag ist noch ohne Entscheidung	befürwortet, lt. Schreiben vom (Datum)	abgelehnt, lt. Schreiben vom (Datum)
	(1)		<input type="checkbox"/> ↓		
	(2)				

7	Krankenhilfe, Kostenerstattung, Heilfürsorge, Anspruch nach dem Bundesversorgungsgesetz oder andere Beihilfeberechtigung Haben Sie oder hat eine berücksichtigungsfähige angehörige Person einen Anspruch auf 7.1 Krankenhilfe, Kostenerstattung oder Heilfürsorge? Z.B. eigener Beihilfeanspruch von Ehegatten oder Kindern, Bundesversorgungsgesetz (z.B. durch anerkannte Wehrdienstbeschädigung), Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen)		
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:		
<input type="checkbox"/> ↓	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.		
<input type="checkbox"/> ↓	7.2 eine sonstige eigene (andere) Beihilfeberechtigung? Ja, aufgrund:		
<input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/> 7.2.1 einer beamtenrechtlichen Versorgung	→	Wer? (Name der anspruchsberechtigten Person)
<input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/> 7.2.2 eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst	→	
<input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/> 7.2.3 eines Beschäftigungsverhältnisses bei sonstigen Körperschaften/Anstalten/Stiftungen des öffentlichen Rechts	→	
<input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/> 7.2.4 eines Abgeordnetenverhältnisses	→	
<input type="checkbox"/> ↓	als		
<input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin	<input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/Versorgungsempfängerin
<input type="checkbox"/> ↓	gegenüber (z.B. Bund/Land/Gemeinde)		Seit (Datum)
<input type="checkbox"/> ↓	8 Ist ein angehöriges Kind bei einer anderen beihilfeberechtigten Person ebenfalls berücksichtigungsfähig? Ja: Wer? (Name) Bei wem? (Name der anderen beihilfeberechtigten Person) ● Aufwendungen können nur mit Originalbelegen geltend gemacht werden!		
<input type="checkbox"/> ↓	9 Nur auszufüllen, wenn Aufwendungen für den Ehegatten geltend gemacht werden 9.1 Überstiegen die Einkünfte ihres Ehegatten im Vorvorkalenderjahr - dazu gehören Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieben, selbständiger oder nichtselbständiger Arbeit, Kapitalvermögen, Vermietung, Verpachtung sowie Einkünfte im Sinne des § 22 des Einkommensteuergesetzes (EStG) (§ 2 Abs 3 EStG) - vor der Antragstellung auf Beihilfe den Betrag von 18.000 EUR? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja 9.2 Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich ebenfalls übersteigen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
<input type="checkbox"/> ↓	10 Nur auszufüllen bei Arbeitslosigkeit einer berücksichtigungsfähigen Person mit Anspruch auf Arbeitslosengeld/-hilfe Wer bezog bzw. beantragte Arbeitslosengeld/-hilfe? (Vorname, Name) vom-bis (Datum) ● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.		
<input type="checkbox"/> ↓	11 Die Nrn. 11.1 bis 11.4 sind nur auszufüllen von Versorgungsempfängern/Versorgungsempfängerinnen, Empfängern/Empfängerinnen von Übergangsgebührrnissen 11.1 Übergangsgebührrnisse stehen Ihnen zu vom-bis (Datum) 11.2 Werden oder sind Sie Student/Studentin? Voraussichtlich ab/Seit (Datum) 11.3 Sind Sie in der Fachausbildung? (Datum) Nein Ja, nach § 11 Abs 2 SVG ab: _____ <input type="checkbox"/> nach § 11 Abs 3 SVG ab: _____		
<input type="checkbox"/> ↓	11.4 Sind Sie berufstätig? Nein Ja, seit (Datum) als (Berufsbezeichnung) <input type="checkbox"/> ↓ _____ Arbeitgeber (Name/Firma, Anschrift) _____ Sind oder waren Sie aufgrund dieser Tätigkeit selbst beihilfeberechtigt? Handelt es sich um eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
<input type="checkbox"/> ↓	12 Nur auszufüllen bei Unfällen/Schadensereignissen jeglicher Art (ggf Unfallfragebogen bei der Beihilfestelle anfordern) 12.1 Es handelt sich um <input type="checkbox"/> einen Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> einen Dienstunfall <input type="checkbox"/> einen Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> einen Schulunfall <input type="checkbox"/> ein anderes Schadensereignis (z.B. Sportunfall, Unfall im häuslichen Bereich, Kindergarten, Universität) 12.2 Besteht für die schadensbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung (z.B. auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder beamtenrechtlichen Unfallfürsorge)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja 12.3 Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? Nein Ja: Es handelt sich um die Aufwendung(en) zu <input type="checkbox"/> ↓ Beleg Nr.: _____ ● Nachweis (Kopie) ist beizufügen. Name und Anschrift des Kostenträgers bzw. der ersatzpflichtigen Person _____ Noch ungewiss ↓ Kurze Unfallschilderung (auch bei Bagatellverletzungen) _____		

13	Wurden Leistungen aus der Auslandsreisekrankenversicherung gewährt?		
Nein <input type="checkbox"/> ↓			Ja <input type="checkbox"/> • Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
14	Nur auszufüllen, wenn Auslagen/Sachkosten für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen/einer nahen Angehörigen (Ehegatte, Kind, Elternteil) der behandelten Person geltend gemacht werden		
14.1 Die behandelnde Person ist		14.2 Es handelt sich um die Aufwendung(en) zu	
Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/>		Beleg Nr.: _____	
			• Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
15	Nur auszufüllen, wenn Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht werden, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind		
Es handelt sich um die Aufwendung(en) zu			
Beleg Nr.: _____	über (EUR) _____	Beleg Nr.: _____	über (EUR) _____
		Beleg Nr.: _____	über (EUR) _____
			• Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
Konnten die Krankheiten durch einen Risikozuschlag versichert werden ?			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
16	Nur auszufüllen bei Aufwendungen für Brillen/Sehhilfen		
Handelt es sich um die erste Brille/Sehhilfe?			
Ja <input type="checkbox"/> • Augenärztliche Verordnung (Kopie) ist beizufügen.		Nein, die bisher benutzte Brille wurde beschafft am (Datum) _____	
↓		Die Sehschärfe hat sich <input type="checkbox"/> nicht geändert <input type="checkbox"/> geändert	
Die bisher benutzte Brille kann aus folgenden Gründen nicht mehr benutzt werden weil: (Kurze Schilderung über Unbrauchbarkeit/Verlust)			
17	Nur auszufüllen bei dauernder Pflegebedürftigkeit		
Name der pflegebedürftigen Person _____		Festgestellte Pflegestufe <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	Pflege <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
			Hinweis: Änderungen der Pflegestufe sind der Beihilfestelle nachzuweisen.
Name der Pflegeperson _____		Pauschalisiertes Pflegegeld wird beantragt für den Monat/die Monate: _____	
Jede Unterbrechung der Pflege am/vom–bis (Datum) _____ Grund _____		am/vom–bis (Datum) _____ Grund _____	
18	Nur auszufüllen, wenn Abschlag oder Vorschuss gezahlt worden ist		
Auf die beantragte Beihilfe ist			
<input type="checkbox"/> 18.1 ein Abschlag gezahlt worden		<input type="checkbox"/> 18.2 ein Vorschuss gezahlt worden	
<input type="checkbox"/> an Antragsteller/Antragstellerin		<input type="checkbox"/> an das Krankenhaus	
am (Datum) _____	über _____	VON (Kasse/Zahlstelle) _____	
		EUR	
Die letzte Beihilfe wurde bewilligt			
am (Datum) _____	VON (Festsetzungsstelle) _____		
19	Erstattung der Beihilfe		
durch Überweisung		Bei Erstantragstellung oder Änderung der Bankverbindung	
<input type="checkbox"/> (wie bisher)		Name und Sitz des Geldinstituts _____	Kontoinhaber/Kontoinhaberin _____
		Bankleitzahl (BLZ) _____	Kontonummer _____

Mir ist bekannt, dass meine Angaben zum Zwecke der Beihilfebearbeitung gespeichert werden.

Erklärung der beihilfeberechtigten Person

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind, und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen, Preisnachlässe oder Gutschriften sowie außervertragliche Leistungen auf die Kosten sofort der Beihilfestelle anzuzeigen habe, **ferner, dass ich überzahlte Beihilfen zu erstatten habe, wenn Änderungen in den persönlichen Verhältnissen nicht angegeben worden sind.**

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

Mir ist bekannt, dass ich andernfalls gegen die mir obliegende Wahrheitspflicht verstoße und mich ggf dem Verdacht eines pflichtwidrigen Verhaltens oder gar einer Straftat aussetze.

Ich bestätige, dass der von mir vorgelegte Antrag dem amtlichen Vordruck entspricht. Änderungen habe ich nicht vorgenommen.

Datum, Unterschrift der beihilfeberechtigten Person – **Ohne Unterschrift ist die Gewährung einer Beihilfe nicht möglich!**

Ich benötige neue Antragsformulare (auch abrufbar unter www.terrww.bundeswehr.de)

• **Nachweiserinnerung!**
Wenn Sie in der entsprechenden Spalte Eintragungen vorgenommen haben, sind Nachweise beizufügen (ab Seite 2).

Von Antragsteller/Antragstellerin auszufüllen.

Fortsetzung der Zusammenstellung der Aufwendungen

Bestandteil zum Antrag auf Beihilfe

(Belege/Nachweise sind einzutragen und beizufügen. Es erleichtert die Bearbeitung des Antrages, wenn Sie die Belege der im Formular vorgegebenen Ordnung entsprechend nach Personen getrennt und innerhalb der zugeordneten Personen nach Art der Leistung geordnet eintragen.)

Bitte immer Personenkennziffer angeben:
(Hinweis für Versorgungsempfänger:

Die Personenkennziffer kann der Mitteilung über Versorgungsbezüge entnommen werden) – wenn nicht bekannt:

vom (Datum)	Name	Geburtsdatum	

Beleg-Nr	Datum der Rechnung	Art der Leistung (Arzt = A , Heilpraktiker = HP , Rezept = R , Zahnarzt = Z)	Heilbehandlung = HB , Hilfsmittel = H , Sanatorium = S ,	Heilkur = K , Pflegeleistung = Pfl , Stationär = Stat ,	Rechnungsbetrag		Kostenerstattung von anderer Seite; falls kein Prozenttarif, Betrag in EUR	
					EUR		%	EUR

Beihilferechtigte Person

Übertrag von der Zusammenstellung der Aufwendungen					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
Summe					0,00		0,00

Ehegatte

Übertrag von der Zusammenstellung der Aufwendungen					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
Summe					0,00		0,00

Kind(er)

Übertrag von der Zusammenstellung der Aufwendungen					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
Summe					0,00		0,00