

Antrag auf Beihilfe -Kurzantrag-

 Zutreffendes bitte ankreuzen.**Dieser Antrag ist nur zu verwenden,**wenn sich **keine Änderungen** gegenüber der letzten Antragstellung mit dem mehrseitigen „Antrag auf Beihilfe“ (Bw-2279) bei den Fragen 1 bis 11 und 19 ergeben haben und die Fragen 12 bis 17 nicht zutreffen.**Bei erstmaliger Antragstellung** bei der nachstehend im Adressenfeld aufgeführten Festsetzungsstelle oder **bei Änderungen in den persönlichen Verhältnissen** ist der mehrseitige „Antrag auf Beihilfe“ (Bw-2279) zu verwenden.

(Eingangsstempel der Festsetzungsstelle)

Festsetzungsstelle

Bitte immer Personenkennziffer angeben:
(Hinweis für Versorgungsempfänger:
Die Personenkennziffer kann der Mitteilung über Versorgungsbezüge entnommen werden)- wenn nicht bekannt:
Geburtsdatum**Bitte vollständig ausfüllen und deutlich schreiben!**

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

Ich beantrage eine Beihilfe zu den auf Seite 2 in der Zusammenstellung der Aufwendungen aufgeführten und belegten Aufwendungen. **Es haben sich keine Änderungen** gegenüber der letzten Antragstellung mit dem mehrseitigen „Antrag auf Beihilfe“ (Bw-2279) bei den Fragen 1 bis 11 und 19 ergeben und die Fragen 12 bis 17 treffen nicht zu.**Auszahlung der Beihilfe**

Auf die beantragte Beihilfe ist

 a) ein Abschlag gezahlt worden b) ein Vorschuss gezahlt worden an Antragsteller/Antragstellerin an das Krankenhaus

am (Datum) über EUR VON (Kasse/Zahlstelle)

Die letzte Beihilfe wurde bewilligt

am (Datum) VON (Festsetzungsstelle)

Erstattung der Beihilfe durch Überweisung (wie bisher)

Mir ist bekannt, dass meine Angaben zum Zwecke der Beihilfearbeitung 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)

Von Antragsteller/Antragstellerin auszufüllen.

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:
 Geburtsdatum

--	--	--

vom (Datum)

Name

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

Beihilfeberechtigte Person

					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 ggf Übertrag					0,00		0,00

Ehegatte

					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 ggf Übertrag					0,00		0,00

Kind(er)

					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 ggf Übertrag					0,00		0,00

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

Beihilfeberechtigte 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