

Kurzantrag auf Beihilfe in der beamtenrechtlichen Krankenfürsorge - Land Brandenburg

Antragsteller

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

(Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung der persönlichen Verhältnisse ist der vierseitige Beihilfeantrag zu verwenden)

Eingangsstempel

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

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

Zu den persönlichen Daten, insbesondere zu den berücksichtigungsfähigen Kindern und der Krankenversicherung, ergeben sich keine Änderungen. Hiermit beantrage ich eine Beihilfe zu den in der Anlage aufgeführten und belegten Aufwendungen.

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 Vorjahr vor Antragstellung den Betrag von 18.000,00 EUR? nein ja
Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich ebenfalls übersteigen? nein ja

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.

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

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
Antragsteller:				
Ehegatte:				
Kinder:				
Summe der Rechnungsbeträge:				