Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen

Antrag auf Beihilfe in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen sowie zur Gesundheitsvorsorge

Dieser Antrag steht auch unter www.lbv.bwl.de/vordrucke zur Verfügung.

Hinweise:
1. Die folgenden Daten werden für die Bearbeitung Ihrer Angelegenheiten benötigt. Die Rechtsgrundlage, nach denen die Daten erhoben werden, entnehmen Sie bitte dem Ihnen zugesandten Merkblatt zum Datenschutz.
2. Lebenspartner sind Personen, die eine Partnerschaft auf Lebenszeit nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz begründet haben.

Antragsteller: Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung	Geburtsdatum	Telefon (Angabe freiwillig)

Landesamt für Besoldung und Versorgung Baden-Württemberg
70730 Fellbach

Personalnummer

Antragsdatum
T T. M M. J J

!!!

Summe der geltend gemachten Aufwendungen
0,00 Euro, Cent !!!

Hinweis zur Antragssumme

!!!

Ich **versichere**, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich auch nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sowie weitere Kostenerstattungen sofort der Beihilfestelle schriftlich anzuzeigen habe. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Unterschrift **Handschriftliche Unterschrift erforderlich!**

Bitte beantworten Sie bei **erstmaliger** Antragstellung **alle** Fragen 1 bis 6!
Bei **wiederholter** Antragstellung: Haben sich Änderungen in den Angaben zu den Fragen **1 bis 6** gegenüber dem letzten Antrag auf Beihilfe ergeben?
☐ nein ☐ ja; siehe Änderung/en unter **1 bis 6**

Bitte Fragen 7 bis 9 – sofern zutreffend – und Frage 10 stets beantworten.

1 Haben Sie, Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte, Ihr/e Lebenspartner/in und im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder einen Anspruch auf:

a) **Heilfürsorge** nach Beamten- oder Soldatenrecht (Polizei- und Feuerwehrbeamte, Soldaten)?
☐ nein ☐ ja; bitte Nachweis oder Bescheid beifügen

b) **Krankenhilfe,** z.B. nach Bundesversorgungs-, Opferentschädigungs-, Entwicklungshelfergesetz?
☐ nein ☐ ja; bitte Nachweis oder Bescheid beifügen

2 Krankenversicherungsschutz

Personen (Bitte geben Sie bei Kindern den Vornamen an)	**Private Versicherung** Bitte fügen Sie beim Erstantrag und bei Änderungen einen Nachweis über Art und Umfang bei. Prozenttarife: ambulant %	stationär %	Zahnkosten %	Standardtarif / Basistarif	Zusatztarif [1]	**Gesetzliche Krankenkasse** Bitte kreuzen Sie die Art der Mitgliedschaft an und fügen Sie Nachweise bei. pflichtversichert	freiwillig versichert	familienversichert über welche Person A	E/LP	**Dieser Versicherungsschutz besteht seit:** Monat	Jahr	Nicht versichert
Antragsteller/in (A)								-				
Ehegatte/in (E) Lebenspartner/in (LP)									-			
Kind												
Kind												
Kind												
Kind												
Kind												

[1] Hierunter fallen: Pflegekostenversicherung (PfK), Ergänzungstarife für Zahn- und ambulante Kosten, Wahlleistungen im Krankenhaus, Auslands-(Reise-)versicherungen (AR) o.ä. Das Bestehen einer **Auslands-(Reise-)versicherung** ist immer dann anzugeben, wenn Auslandsaufwendungen geltend gemacht werden. Nicht anzugeben sind Tagegeldversicherungen (Pflegefalltagegeldversicherung, Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeldversicherung).

3 Zur Feststellung Ihres persönlichen Bemessungssatzes:

a) Waren Sie am 31.12.2012
- ein/e im Geltungsbereich der Beihilfeverordnung des Landes Baden-Württemberg vorhandene/r Beihilfeberechtigte/r **mit** Unterbrechungszeiten ab dem 01.01.2013 (Beispiel: Beendigung des Beamtenverhältnisses als Anwärter/in und spätere Neueinstellung als Beamtin/Beamter) oder
- im Geltungsbereich eines anderen Dienstherren beihilfeberechtigt?

☐ nein ☐ ja, bitte legen Sie uns einen entsprechenden Nachweis vor

b) Sind bzw. waren bei Ihnen drei Kinder – ggf. auch zu unterschiedlichen Zeiten – im Familien-, Orts- oder Sozialzuschlag berücksichtigungsfähig?
☐ nein ☐ ja, bitte legen Sie Kopien der Geburtsurkunden bei, sofern noch nicht geschehen

weitere Angaben auf Seite 2

4 Waren **Angehörige** in dem Zeitraum, in dem die geltend gemachten Aufwendungen entstanden sind, **berufstätig oder in Berufsausbildung?**

☐ nein ☐ ja, bitte geben Sie uns hierzu nähere Informationen

5 Haben Sie oder Ihre Angehörigen eine **weitere eigene Beihilfeberechtigung?**

☐ nein ☐ ja, bitte geben Sie uns nähere Erläuterungen zu den Beihilfeberechtigten (z.B. Grund, Dauer, Dienstherr)

Name der beihilfeberechtigten Person: _____

Angaben zur Beihilfeberechtigung: _____

6 Sind Kinder bei einem **anderen** Beihilfeberechtigten (z.B. bei dem anderen auch beihilfeberechtigten Elternteil) ebenfalls berücksichtigungsfähig?

☐ nein ☐ ja; Name des Kindes _____

Bei wem (z.B. Dienstherr, Arbeitgeber usw.) _____

Rechtsverhältnis des **anderen** Beihilfeberechtigten: ☐ Beamter, Richter ☐ Arbeitnehmer

☐ Abgeordnetenmandat ☐ Versorgungsempfänger ☐ anderes Rechtsverhältnis

7 **Nur ausfüllen**, wenn Aufwendungen für die/den **Ehegattin/Ehegatten, Lebenspartner/in** geltend gemacht werden.

Name, Vorname:	**Geburtsdatum:**	**Heirat/Verpartnerung am:**

Wie hoch war der **Gesamtbetrag der Einkünfte** nach § 2 Abs. 3 Einkommenssteuergesetz *) Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten, Ihrer Lebenspartnerin/Ihres Lebenspartners

- im **letzten** Kalenderjahr (20_____)?	☐ bis 10.000 EUR	☐ über 10.000 EUR bis 18.000 EUR	☐ über 18.000 EUR
- im **vorletzten** Kalenderjahr (20_____)?	☐ bis 10.000 EUR	☐ über 10.000 EUR bis 18.000 EUR	☐ über 18.000 EUR
Wie hoch werden die Einkünfte im **laufenden** Kalenderjahr (20 _____) voraussichtlich sein?	☐ bis 10.000 EUR	☐ über 10.000 EUR bis 18.000 EUR	☐ über 18.000 EUR

*) Den Gesamtbetrag der Einkünfte können Sie ggf. dem Einkommensteuerbescheid entnehmen. Zum Gesamtbetrag der Einkünfte gehören auch Einkünfte aus Kapitalvermögen, die aufgrund der Regelungen zur Abgeltungssteuer nicht mehr zwingend in der Steuererklärung anzugeben sind.

8 **Nur ausfüllen bei Verletzungen infolge Unfällen,** anderen schädigenden Ereignissen oder wenn ein Schadenersatz durch Dritte in Frage kommt.

Belege bitte stets in Spalte 7 (Seite 3, 4) kennzeichnen

Die geltend gemachten **unfall**bedingten Aufwendungen lt. Spalte 7 (Seite 3, 4) sind entstanden durch:

☐ einen Unfall im **privaten** Bereich ☐ einen **Sport**unfall ☐ einen **Dienst**unfall ☐ einen **Arbeits**unfall

☐ einen **Schul**unfall ☐ einen **Kinder-garten**unfall ☐ ein **anderes** schädigendes Ereignis

Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung (z.B. auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder beamtenrechtlichen Unfallfürsorge)? ☐ nein ☐ ja

Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? ☐ nein ☐ ja

Hinweis: Auch in Schadensersatzfällen wird Beihilfe gewährt, wenn die Ersatzansprüche an den Dienstherrn übergehen.

Bitte immer Sachverhaltsschilderung auf gesondertem Blatt beifügen

Name, Anschrift und Aktenzeichen des Ersatzpflichtigen/Kostenträgers:

Sachverhaltsschilderung liegt bereits vor ☐ nein ☐ ja

9 **Nur ausfüllen,** wenn die Behandlungen durch einen nahen Angehörigen des Behandelten erfolgten.

Um welche Aufwendungen handelt es sich? **Beleg-Nr.:** _____

(Nahe Angehörige sind: Ehegatten, Lebenspartner, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen - § 5 Abs. 4 Nr. 6 BVO -)

10 Einverständniserklärung:
Die Beihilfestelle darf notwendige telefonische Auskünfte über Belege

	Antragsteller/in	Angehörige/r
a) bei der zuständigen **Krankenversicherung** oder einem anderen Kostenträger einholen	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
b) bei dem **Behandler** oder **Rechnungsaussteller** einholen	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja

A. Zusammenstellung der Aufwendungen

Bitte beachten Sie:

- Wenn Sie Aufwendungen für **mehrere** Personen geltend machen, tragen Sie die Belege bitte **nach Personen geordnet** ein: **Antragsteller/in, Ehegattin/Ehegatte, Lebenspartner/in, Kinder.**
- Werden Aufwendungen für die Ehegattin/den Ehegatten oder die/den Lebenspartner/in geltend gemacht, sind immer Angaben zu dessen Einkünften erforderlich (S. 2, Nr. 7).
- In die Spalte 6 (Kostenerstattung von anderer Seite) sind auch Erstattungen aus Zusatzversicherungen, z.B. Auslands-(Reise-) versicherungen einzutragen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung nachweislich nach einem **Vomhundertsatz (Prozenttarif)** bemessen werden, ist **kein** Einzelnachweis und **kein** Eintrag in der Spalte 6 erforderlich. Bitte kennzeichnen Sie alle Belege aus dem Ausland. Bei Belegen in Fremdwährung geben Sie bitte den in Euro umgerechneten Rechnungsbetrag an.
- Bitte tragen Sie jede Rechnung und jedes Rezept einzeln ein und beachten Sie dabei, dass die Belege nicht zurückgegeben werden. Reichen Sie deshalb **keine Originale** ein (Ausnahme: Todesfallaufwendungen, siehe Abschnitt E. auf Seite 4).

Beleg Nr.	Aufwendungen für A= Antragsteller/in E= Ehegattin/ Ehegatte LP=Lebenspartner/in bei Kindern Vorname	Datum der Rechnung, des Rezepts	Art der Leistung (z.B. ärztliche Behandlung, Rezepte, Brille, Krankenhausbehandlung)	Rechnungs-betrag **EUR | Ct**	Kosten-erstattung von anderer Seite **EUR | Ct**	**Unfall**bedingte Aufwendungen (s. Frage 8) Datum des Unfalls
1	2	3	4	5	6	7
			Zwischensumme/Übertrag nach Seite 4	0,00		

Bitte beachten Sie den Hinweis zur Antragssumme auf Seite 1

Fortsetzung von Seite 3

Übertrag von Seite 3 0,00

Beleg Nr.	Aufwendungen für A= Antragsteller/in E= Ehegattin/ Ehegatte LP=Lebenspartner/in bei Kindern Vorname	Datum der Rechnung, des Rezepts	Art der Leistung (z.B. ärztliche Behandlung, Rezepte, Brille, Krankenhausbehandlung)	Rechnungsbetrag EUR | Ct	Kostenerstattung von anderer Seite EUR | Ct	**Unfall**bedingte Aufwendungen (s. Frage 8) Datum des Unfalls
1	2	3	4	5	6	7

Gesamtsumme A
(Der Eintrag der Summe nach **Seite 1 oben** erfolgt automatisch) 0,00
Bitte beachten Sie den Hinweis zur Antragssumme auf Seite 1

B. Ich beantrage **Krankenhaustagegeld** wegen Nichtinanspruchnahme beihilfefähiger Wahlleistungen für
(nur wenn für Wahlleistungen monatlich 22 Euro von den Bezügen einbehalten werden)

mich	meine/n Ehegattin/Ehegatte, meine/n Lebenspartner/in	mein Kind	Zweibettzimmer	Chefarzt	von	bis
☐	☐	_____	☐	☐	_____	_____
☐	☐	_____	☐	☐	_____	_____
☐	☐	_____	☐	☐	_____	_____
☐	☐	_____	☐	☐	_____	_____

C. ☐ Ich beantrage den Pauschbetrag zur **Säuglings- und Kleinkinderausstattung** für
Name Kind/er: _____

D. ☐ Ich beantrage die **Pauschalbeihilfe für häusliche Pflege.**
Bitte unbedingt den Erklärungsvordruck LBV 341 beifügen.

E. ☐ Ich beantrage die **Pauschalbeihilfe aus Anlass des Todes.**

Verstorbene Person: _____

Todestag: _____

Anlässlich des Todesfalls stehen Sterbegelder zu: ☐ nein ☐ ja; **bitte Nachweis/e beifügen**

Aufwendungen für den **Sarg** bzw. die **Urne** sowie das **Grabnutzungsrecht,** die neben der Pauschale beihilfefähig sein können, sind unter Abschnitt **A.** einzutragen und durch Belege nachzuweisen; beim Tod **der/des Beihilfeberechtigten** sind **Original**belege (keine Kopien) beizufügen.

Bearbeitet: Datum, Name Geprüft: Datum, Name

Drucken

Speichern