

Antrag auf Beihilfe in der beamtenrechtlichen Krankenfürsorge - Land Brandenburg

Antragsteller

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

Eingangsstempel

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

Erstmalige Antragstellung im Land Brandenburg?

ja nein

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

Beihilfeanträge und Informationen finden Sie
im Internet unter www.zbb.brandenburg.de

Hiermit beantrage ich eine Beihilfe zu den in der Anlage aufgeführten und belegten Aufwendungen.
Bitte alle Fragen beantworten und zutreffendes ankreuzen, ggf. Spalten deutlich ausfüllen.

1. Angaben zur Beschäftigung

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben folgende Änderung:

Dienststelle/Pensionsregelungsbehörde		Tag der Beamtung
teilzeitbeschäftigt von – bis	mit Wochenstunden (Anzahl)	befristet von – bis
Elternzeit von – bis	Beurlaubung ohne Dienstbezüge von - bis: (Bitte Nachweis beifügen!)	ausgeschieden seit:
Abordnung außerhalb des Landes Brandenburg (bitte Nachweis beifügen!)		Versorgungsempfänger seit:

2. Angaben zum Familienstand

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben folgende Änderung:

Familienstand ledig	verheiratet seit:	geschieden seit:	verwitwet seit:
Vorname des Ehegatten			Geburtsdatum des Ehegatten

2.1 Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

keine Änderung gegenüber den letzten, im Beihilfeantrag gemachten, Angaben folgende Änderung:

1. Kind - Vorname *	Geburtsdatum	Wem wird der Familienzuschlag gezahlt (Name)
2. Kind - Vorname *	Geburtsdatum	Wem wird der Familienzuschlag gezahlt (Name)
3. Kind - Vorname *	Geburtsdatum	Wem wird der Familienzuschlag gezahlt (Name)
4. Kind - Vorname *	Geburtsdatum	Wem wird der Familienzuschlag gezahlt (Name)
Wegfall eines Kindes aus dem Familienzuschlag (Vorname)		ab:
Wiederaufnahme eines Kindes in den Familienzuschlag nach einer Unterbrechung (z. B. Wehr- oder Zivildienst) (Vorname)		ab:

* ggf. abweichender Familienname

7. 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.

8. Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen (als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Heilbehandler usw.) geltend gemacht?

nein ja. Der Behandler ist	Beleg-Nr.
Ehegatte Kind Elternteil der behandelten Person.	(Bitte Nachweis über entstandene Sachkosten beifügen)

9. Werden Aufwendungen für Pflege geltend gemacht?

nein ja, häusliche Pflege ja, stationäre Pflege

Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)?		Pflegepauschale wird beantragt von bis	
Name der pflegebedürftigen Person	Pflegestufe	Name der Pflegeperson	Verwandtschaftsverhältnis
Unterbrechung der Pflege von - bis	Grund der Unterbrechung (z. B. Verhinderungspflege)		

10. Werden Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind, geltend gemacht?

nein ja, folgende:

Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)?	Betrag	➔ Nachweis - Versicherungsschein über Ausschluss usw. bitte beifügen, soweit nicht vorliegend
---	--------	---

11. Auszahlung der Beihilfe

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten	von EUR	am
--	---------	----

Bei jedem Antrag ausfüllen:

Ich bitte, die Beihilfe auf mein bekanntes Konto auf mein neues Konto

Konto – Nummer

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

 10-stellig (ggf. links Nullen auffüllen)

Bankleitzahl

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

bei (Kreditinstitut)

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 Preiserhöhungen 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
------------	--------------

Nur wenn der Beihilfeberechtigte nicht in der Lage ist, den Antrag selbst zu stellen:

Unterschrift des Vertreters Vollmacht liegt vor
liegt bei

Zusammenstellung der Aufwendungen nach Personen: Je Person bitte mit den Arzneimitteln beginnen, alle Belege fortlaufend nummerieren.

Person	Beamter/in			Ehegatte/in			Kind 1			Kind 2		
Vorname												
	Nr.	Datum	EUR	Nr.	Datum	EUR	Nr.	Datum	EUR	Nr.	Datum	EUR
Arznei- und Verbandmittel												
Ambulante Behandlungen												
Zahn- behandlungen												
Krankenhaus												
Sonstiges												
Summe Person Gesamtsumme												