

Eingangsstempel
-----------------

## Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

Ich bitte, dem Beihilfebescheid einen neuen Papiervordruck beizufügen.

### Antrag auf Beihilfe

#### in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)

Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung	Geburtsdatum	Kunden-bzw. Personalnummer  /
Anschrift	Telefon privat (bitte mit Vorwahl)	
Dienststelle, Anschrift	Telefon dienstl. (bitte mit Vorwahl)	

Hiermit beantrage ich eine Beihilfe zu den in der Anlage aufgeführten und belegten Aufwendungen.  
Zutreffendes bitte ankreuzen  und/oder ausfüllen  
(Bei erstmaliger Antragstellung sind durchgängig vollständige Angaben notwendig.)

#### 1 Angaben zur Beschäftigung

keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben       folgende Änderung:

<input type="checkbox"/> Beamte/in	<input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in	<input type="checkbox"/> Tarifbeschäftigte(r)	<input type="checkbox"/> Abgeordnete(r)	<input type="checkbox"/> Richter/in
vollbeschäftigt seit	teilzeitbeschäftigt von - bis mit Wochenstunden		Versorgungsempfänger/in seit	
Elternzeit von - bis	Beurlaubung ohne Dienstbezüge gem. § 92 (1) Nr. 2 BBG von - bis		sonstige Beurlaubung ohne Dienstbezüge von - bis (Rechtsgrundlage)	

#### 2 Im Familien-, Orts- bzw. Sozialzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben       folgende Änderung:

Kinder Vorname, Name (falls abweichend)	geboren am	im Familienzuschlag berücksichtigt ab	Wegfall aus dem Familienzuschlag ab	Wiederaufnahme in den Familienzuschlag nach Unterbrechung ab

**3 Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen?**

keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben  folgende Änderung:

Personen	Private Krankenversicherung		Gesetzliche Krankenversicherung				Keine Krankenversicherung
	ab dem (Datum)	Basis-tarif	pflichtversichert (§ 5 SGB V)	freiwillig versichert (§ 9 SGB V)	familierversichert (§ 10 SGB V)	Zusatz-tarif 1)	
Beihilfe-berechtigte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es ist grundsätzlich ein Nachweis des Krankenversicherungsschutzes in Form einer Kopie des aktuellen Versicherungsscheines notwendig. Dies gilt auch für zusätzlich ergänzend abgeschlossene Versicherungen für pflichtversicherte berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten und bei Tarifumstellung. Hier bitte auch etwaige Änderungen des **Versicherungsschutzes bei Rentenanspruch** oder Arbeitslosigkeit eintragen.

1) Hierunter fallen: Pflegekostenversicherung (PfK), Ergänzungstarife zur gesetzlichen Krankenversicherung, Auslands- (Reise-)versicherungen (AR) o.ä. Das Bestehen einer **Auslands-(Reise-)versicherung** ist immer dann anzugeben, wenn Auslandsaufwendungen geltend gemacht werden. Nicht anzugeben sind Krankenhaustagegeld- und Pflegezusatzversicherungen.

**3.1 Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen (z. B. vom Rentenversicherungsträger oder Arbeitgeber) gewährt?**

nein  ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben  ja, folgende Änderung

für wen:	ab (Datum)	Höhe des monatlichen Zuschusses

**4 Besteht für Sie oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine anderweitige Beihilfeberechtigung?**

nein  ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben  ja, folgende Änderung

für wen:	als:	gegenüber wem:	ab (Datum)
	<input type="checkbox"/> Beamter/in <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in		
	<input type="checkbox"/> Abgeordnete/r <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in		
	<input type="checkbox"/> Beamter/in <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in		
	<input type="checkbox"/> Abgeordnete/r <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in		
	<input type="checkbox"/> Beamter/in <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in		
	<input type="checkbox"/> Abgeordnete/r <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in		

**5 Werden Aufwendungen für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten geltend gemacht?**

nein  ja,

Name, Vorname des Ehegatten	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit
-----------------------------	--------------	--

Übersteigt der Gesamtbetrag der Einkünfte Ihres Ehegatten (§ 2 Abs. 3 EstG) im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung den Betrag von 17.000 EUR?

nein  ja

**Nach § 4 Abs. 1 BBhV ist der Gesamtbetrag der Einkünfte durch Vorlage einer Ablichtung des Steuerbescheides nachzuweisen.**

Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich ebenfalls übersteigen?

nein  ja

**6 Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall?**

nein  ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben (Beleg-Nr. angeben!)  ja, (Unfallschilderung beifügen)

Es handelt sich um	einen Dienstunfall	einen Schulunfall	einen sonstigen Unfall
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Um welche Belege handelt es sich? – Bitte auch die Belege mit dem Hinweis „Unfall“ versehen

Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? (zu den Ansprüchen auf Kostenerstattung gehören auch Ansprüche z. B. gegen Schulträger, Sportvereine)

nein  ja

Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Erstattungspflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer

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

nein  ja. Der/Die Behandelnde ist

Ehegatte  Kind  Elternteil  der behandelten Person.

Beleg-Nr.  
(Bitte Nachweis über entstandene Sachkosten beifügen!)

**8 Wird eine Pauschalbeihilfe für häusliche Pflege geltend gemacht?**

nein  ja

Pflegestufe  I  II  III Leistungszusage mit Pflegestufe der Pflegeversicherung  liegt vor  liegt bei

Name der pflegebedürftigen Person Name der pflegenden Person Zeitraum (vom - bis zum)

Unterbrechung der Pflege

nein  ja,

vom - bis zum (einschl.) Grund

**9 Werden Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind, geltend gemacht?**

nein  ja, folgende: **Soweit nicht schon vorliegend, Nachweis Versicherungsschein über Ausschluss usw. beifügen!**

Rechnungsdatum:	Betrag
-----------------	--------

**10 Sind Sie in das Ausland abgeordnet oder befindet sich Ihr dienstlicher Wohnsitz im Ausland?**

nein  ja

Wird von der Auslandsvertretung/bei Auslandslehrkräften auch vom Verwaltungsleiter ausgefüllt.

**Die Ortsüblichkeit und Angemessenheit der Aufwendungen wird bestätigt**

Stationäre Krankenhausbehandlung  nein  ja Die gewählte Art der Unterbringung entspricht einem 2 - Bettzimmer im Inland  nein  ja

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift

**11 Auszahlung der Beihilfe**

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag	am (Datum)
--	--------	------------

Die Überweisung soll erfolgen auf  mein bekanntes Konto.  nachstehendes Konto:

Geldinstitut mit Ortsangabe

Bankleitzahl Kontonummer

Inhaber des Kontos (falls abweichend von dem/der Antragsteller/in)

**Erklärung**

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechtigung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.

Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigelegt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

Ort, Datum	Bei Vertretung: Unterschrift des Vertreters <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt vor
Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten	<input type="checkbox"/> Vollmacht liegt bei

