

Angaben zum Antragsteller:				Personalnummer (bitte stets angeben):			
Name:				<input type="text"/>			
Vorname:				Eingangsstempel			
Geburtsdatum:		<input type="text"/>					
<b>Thüringer Landesfinanzdirektion Beihilfestelle Am Burgblick 23 07646 Stadtroda</b>				Antrag auf Beihilfe			
				Ich bitte um Zusendung folgender Formulare: (Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen!) <input type="checkbox"/> <b>Kurzantrag auf Beihilfe</b> für allgemeine Aufwendungen <input type="checkbox"/> <b>Antrag auf Beihilfe</b> für allgemeine Aufwendungen <input type="checkbox"/> <b>Antrag auf Beihilfe – mit Pflege</b> – für allgemeine Aufwendungen <u>und</u> Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit			
Bei <b>erstmaliger Antragstellung</b> oder <b>auf Verlangen</b> der Beihilfestelle ist der Antrag <b>vollständig auszufüllen</b> bzw. <input checked="" type="checkbox"/> anzukreuzen! Bitte fügen Sie dem Antrag ein Ergänzungsblatt bei, falls der im Antrag vorgesehene Platz für die erforderlichen Angaben nicht ausreicht.							
Anzahl der beigefügten Belege:				Telefon privat: freiwillige Angabe			
Antragssumme:				E-Mail privat: freiwillige Angabe			
		€					
<b>1 Haben sich Änderungen bei den Angaben zu Nummern 2 bis 5 gegenüber Ihrem letzten 1 Antrag ergeben?</b>							
<input type="checkbox"/> ja, bei Nummer(n): Nr. 2 <input type="checkbox"/> Nr. 3 <input type="checkbox"/> Nr. 4 <input type="checkbox"/> Nr. 5 <input type="checkbox"/> (Im Antrag sind Fragen bzw. Angaben der angekreuzten Nummern zu beantworten bzw. <input checked="" type="checkbox"/> anzukreuzen.)				<input type="checkbox"/> nein, dann weiter bei Nr. 6			
<b>2 Krankenversicherungsschutz:</b> (Bei erster Antragstellung und bei Änderungen – nicht Beitragsanpassung – bitte Nachweise vorlegen)							
<b>2.1 Angaben zum Krankenversicherungsschutz</b>							
(bei Kindern Vorname angeben)		privat	pflicht-	gesetzlich freiwillig- versichert	familien-	Zusatz- versicherung*)	kein KV- Schutz
Antragsteller		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegatte/in / Lebenspartner/in		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kind	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
*) Arten der Zusatzversicherung: z. B. Ergänzungstarife zur gesetzlichen Krankenversicherung (ET-GKV), nicht anzugeben sind Krankenhaustagegeld- und Pflegezusatzversicherungen.							
<b>2.2 Besteht für die geltend gemachten Aufwendungen Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung, z.B. Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz usw.?</b> (Belege bitte kennzeichnen <u>und</u> Nachweis beifügen)							
<input type="checkbox"/> ja, bei folgenden Personen: <input type="text"/>						<input type="checkbox"/> nein	

<b>3</b>	<b>Angaben zur Antragstellerin/zum Antragsteller:</b>				
<b>3.1</b>	<b>Besteht für Sie oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine anderweitige Beihilfeberechtigung?</b>				
<input type="checkbox"/> ja				<input type="checkbox"/> nein	
Name, Vorname		Anspruch		Gegenüber wem? Ab wann?	
		<input type="checkbox"/> aufgrund des Erhalts von Versorgungsbezügen			
		<input type="checkbox"/> aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst, bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen usw.			
		<input type="checkbox"/> aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses			
		<input type="checkbox"/> als Arbeitnehmer			
		<input type="checkbox"/> als Beamter			
<b>3.2</b>	<b>Sind Sie oder Ihr berücksichtigungsfähiger Ehegatte/in oder Lebenspartner/in ohne Bezüge beurlaubt?</b>				
<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____				<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Elternzeit					
<input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben): _____					
<b>4</b>	<b>Sofern Aufwendungen für den/die Ehegatte/in oder den/die Lebenspartner/in (als Lebenspartner gelten nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz nur eingetragene Lebenspartner/innen) mit diesem Antrag geltend gemacht werden:</b>				
Vorname und ggf. abweichender Familienname					
_____					
<b>Unterschreitet der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 und 5a EStG) der/des Ehegattin/en bzw. der/des Lebenspartnerin/s den Betrag von 18.000 Euro?</b>					
<input type="checkbox"/> ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung; der Steuerbescheid _____ liegt vor				<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr					
<b>5</b>	<b>Angaben zu Kindern, die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind:</b> (Bitte alle Kinder angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen geltend gemacht werden)				
Vorname (ggf. abweichender Familienname)		Geburtsdatum	bei Kindern in Berufsausbildung bzw. Studium		
			Art der Ausbildung	Beginn	voraussichtl. Ende
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____
<b>5.1</b>	<b>Haben Kinder eine eigene Beihilfeberechtigung?</b>				
<input type="checkbox"/> ja, Kind: _____ bei _____				<input type="checkbox"/> nein	
ab / vom _____ bis _____					
<b>5.2</b>	<b>Ist ein Kind bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig?</b>				
<input type="checkbox"/> ja, Kind: _____ bei _____				<input type="checkbox"/> nein	
ab / vom _____ bis _____					



<b>10</b>	<b>Auszahlung der Beihilfe / Kontodaten</b> Die Überweisung der Beihilfe erfolgt im Bereich des Landes auf das Bezügekonto. Die folgenden Angaben sind daher nur bei den von der Beihilfestelle zugelassenen, besonders begründeten Ausnahmefällen erforderlich.	
Liegt ein von der Beihilfestelle zugelassener besonderer Ausnahmefall vor?		
<input type="checkbox"/> ja, die Überweisung der Beihilfe soll auf das nachstehende Konto erfolgen:		<input type="checkbox"/> nein
BIC:	<input type="text"/>	
IBAN:	D E <input type="text"/>	
Kontoinhaber/in (Name, Vorname) <input style="width: 80%;" type="text"/>		
Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechtigung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt. Nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich sofort der Beihilfestelle anzeigen.		
Ort, Datum	Unterschrift	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Bei Bevollmächtigung: <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt bei		
<b>Hinweise:</b> Wenn Sie den Antrag mit dem Postdienstleister zusenden, frankieren Sie diesen Brief bitte ausreichend. Nicht oder nicht ausreichend frankierte Postsendungen können nicht angenommen werden. Nach § 19 Abs. 3 Thüringer Datenschutzgesetz: Die Angaben im Antrag auf Beihilfe sind für die Festsetzung der Beihilfe erforderlich.		

Angaben zum Antragsteller:		Personalnummer (bitte stets angeben):							
Name:									
Vorname:		Antrag vom: _____							

### Zusammenstellung der Aufwendungen zum Antrag auf Beihilfe

Bitte die Belege nach Personen und Art der Leistung sortiert eintragen. Die Spalten Ehegatte/in bzw. Lebenspartner/in sowie Kinder können bei Bedarf auch für die Aufwendungen anderer Personen mitgenutzt werden.

Beleg-Nr.	Datum der Rechnung	Art der Leistung ärztl. Behandlung = <b>Ä</b> , zahnärztl. Behandlung = <b>Z</b> , Fahrtkosten = <b>F</b> , Heilmittel = <b>H</b> , Hilfsmittel = <b>HM</b> , Krankenhaus = <b>KH</b> , Rezept = <b>R</b> , Sonstige = <b>S</b>	Rechnungsbetrag  Euro, Cent	Kostenerstattung von anderer Seite, falls kein Prozenttarif Euro, Cent
-----------	--------------------	--	-----------------------------------	---

#### Antragsteller/in:


#### Ehegatte/in bzw. Lebenspartner/in:


#### Kinder:


<b>Summe der Rechnungsbeträge:</b>				
------------------------------------	--	--	--	--

zentraler Thüringer Formularpool

© FormLAB Gesellschaft für Prozessautomatisierung mbH  
THUERBHV-002-TH-FL - Antrag auf Beihilfe allgemein - 11/2013