

Stempel

Beihilfefestsetzungsstelle

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

Ich bitte, dem Beihilfebescheid einen neuen
Papiervordruck beizufügen.

Antrag auf Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)

Name, Vorname der/des Beihilfeberechtigten	geboren am	Personal-Nr.
Wohnanschrift (nur bei Erstantrag oder Änderung)		Tel./Hausruf (für evtl. Rückfragen)
Name, Vorname des/der Ehegatten/in (nur bei Erstantrag oder Änderung)		geboren am
Nur für aktive Beschäftigte <input type="checkbox"/> Der Beihilfebescheid soll an die Wohnanschrift gesandt werden		
wegen <input type="checkbox"/> Beurlaubung (z.B. Mutterschutz, Elternzeit) <input type="checkbox"/> hauptsächliche Verwendung außerhalb der Dienststelle <input type="checkbox"/> Altersteilzeit (Freistellungsphase) <input type="checkbox"/> langfristiger Erkrankung		

1. Angaben zur Beschäftigung			<input type="checkbox"/> keine Änderungen
Dienststelle/ Pensionsregelungsbehörde	Versorgungsempfänger(in) seit	Beamter/in auf Widerruf	befristet beschäftigt von - bis
Beurlaubung ohne Dienstbezüge gem. § 79 a BG LSA von - bis	Elternzeit von - bis	sonstige Beurlaubung ohne Dienstbezüge von - bis	

2. Ich erhalte den kindergeldbezogenen Anteil im Familienzuschlag für folgende Kinder:			
berücksichtigungsfähige Kinder im Familienzuschlag	geboren am	Wegfall eines Kindes aus dem Familienzuschlag	Wiederaufnahme eines Kindes in den Familienzuschlag nach einer Unterbrechung
1. Kind - Vorname (ggf. abweichender Familienname)		ab	ab
2. Kind - Vorname (ggf. abweichender Familienname)		ab	ab
3. Kind - Vorname (ggf. abweichender Familienname)		ab	ab
4. Kind - Vorname (ggf. abweichender Familienname)		ab	ab

3. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen?									
<input type="checkbox"/> keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben									
<input type="checkbox"/> folgende Änderung:									
Personen	Private Krankenversicherung			Gesetzliche Krankenversicherung					Keine Krankenversicherung
	ab dem (Datum)	<input type="checkbox"/>	Basistarif <input type="checkbox"/>	pflicht-versichert (§ 5 SGB V)	freiwillig-versichert (§ 9 SGB V)	familien-versichert (§ 10 SGB V)	Zusatz-tarif ¹⁾ <input type="checkbox"/>	ab dem (Datum)	
Beihilfeberechtigte/r	ab dem (Datum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum)
Ehegatte	ab dem (Datum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum)
1. Kind	ab dem (Datum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum)

Personen	Private Krankenversicherung		Gesetzliche Krankenversicherung					Keine Krankenversicherung
	ab dem (Datum)	Basistarif	ab dem (Datum)	pflicht-versichert (§ 5 SGB V)	freiwillig-versichert (§ 9 SGB V)	familien-versichert (§ 10 SGB V)	Zusatz-tarif ¹⁾	
2. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum)
3. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum)
4. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum)

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. Rentenversicherungsträger oder Arbeitgeber) gewährt?

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

für wen:	ab (Datum)	Höhe des monatl. Zuschusses
für wen:	ab (Datum)	Höhe des monatl. 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: <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in	gegenüber wem:	ab (Datum)
	<input type="checkbox"/> Abgeordnete/r <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in		
für wen:	<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in	gegenüber wem:	ab (Datum)
	<input type="checkbox"/> Abgeordnete/r <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in		
für wen:	<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in	gegenüber wem:	ab (Datum)
	<input type="checkbox"/> Abgeordnete/r <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in		

5. Werden Aufwendungen für den nicht selbst behilfeberechtigten Ehegatten geltend gemacht?

nein **ja**

Name, Vorname des Ehegatten	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> ver-heiratet	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> ge-schieden	<input type="checkbox"/> eingetr. Leb.-part-nerschaft	<input type="checkbox"/> verwitwet seit
Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte Ihres Ehegatten (§ 2 Abs. 3 EStG) im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung den Betrag von 17.000 Euro?						
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja						
Nach § 4 Abs. 1 BBhV ist der Gesamtbetrag der Einkünfte durch Vorlage einer Ablichtung des Steuerbescheides einmal pro Kalenderjahr nachzuweisen.						
Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich ebenfalls übersteigen?						
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja						

6. Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall?

nein

ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben **ja, es handelt sich um** (Unfallschilderung beifügen)

<input type="checkbox"/> privater Unfall	<input type="checkbox"/> einen Schulunfall	<input type="checkbox"/> ein anderes schädigendes Ereignis (z.B. Berufskrankheit)	Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)?
Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ungeklärt, weil			
Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Ersatzpflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer			

Bei einem Dienstunfall ist das Formular "Erstattung von Dienstunfallkosten" zu verwenden (zust. ist Ihre Personaldienststelle).

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

<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja; der/die Behandelnde ist <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Elternteil der behandelten Person
Beleg-Nr. (Bitte Nachweis über entstandene Sachkosten beifügen)

8. Wird eine Pauschalhilfe für häusliche Pflege geltend gemacht? Bewilligung der Pflegeversicherung m. (geänd.)Pflegestufe **nein** **ja**

Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)?	(Nachweis bei erstmaliger Beantragung oder Änderung der Pflegestufe bitte beifügen)	
Name der pflegebedürftigen Person	Name der pflegenden Person	Verwandtschaftsverhältnis
Pflegepauschale wird beantragt für <input type="checkbox"/> Stufe I <input type="checkbox"/> Stufe II <input type="checkbox"/> Stufe III	Zeitraum (von-bis)	
Unterbrechung der Pflege (von-bis)	Bestätigung über erbrachte Pflege (Unterschrift der pflegenden Person)	

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

<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ja, folgende:		
Rechnungsdatum	Betrag	Soweit nicht schon vorliegend, Nachweis-Versicherungsschein über Ausschluss usw. beifügen!

10. 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 <input type="checkbox"/> mein bekanntes Konto <input type="checkbox"/> nachstehendes Konto:		
Geldinstitut mit Ortsangabe		
Bankleitzahl	Konto-Nr.:	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 beigefügt. 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
Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten	<input type="checkbox"/> Vollmacht liegt vor
	<input type="checkbox"/> Vollmacht liegt bei

Zusammenstellung der Aufwendungen (Nummerieren Sie Ihre Belege bitte fortlaufend durch!)

Anlage zum Beihilfeantrag vom (Datum)	für Herrn/Frau (Name, Vorname)	Kundennummer bzw. Personalnummer
---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

Allgemeine Hinweise

Bitte setzen Sie im Feld „Art der Leistung“ folgende Abkürzungen ein: Ärztliche Behandlung = **äB**, zahnärztliche Behandlung = **zB**, Fahrkosten = **Fk**, Heilmittel = **H**, Hilfsmittel = **Hm**, Krankenhaus = **Kh**, Rezept = **R**, Sonstige Leistungen = **S**, Heilpraktiker = **Hp**, kieferorthopädische Behandlung = **KFO**.

Wenn Aufwendungen für mehrere Personen geltend gemacht werden, bitte die Belege nach Personen geordnet eintragen. Für jede Aufwendung ist ein Beleg beizufügen (Original oder Zweitschrift bzw. von der Apotheke bestätigte Rezeptkopie). Bei Hilfsmitteln, Heilbehandlungen u. ä. wird die schriftliche Verordnung eines Arztes benötigt.

Bei **Pflegeheimkosten** fügen Sie bitte stets auch die **Pflegekostentarife** bei. Bei der erstmaligen Beantragung von Leistungen aus der Pflegeversicherung legen Sie bitte den Leistungsbescheid der Pflegekasse vor.

Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn zwischen dem Datum der Rechnungsausstellung und dem Antragseingang bei der Beihilfefestsetzungsstelle nicht mehr als 1 Jahr liegt (in Todesfällen 1 Jahr ab Todestag).

Bei Anträgen mit Aufwendungen von weniger als 200 EUR wird nur dann eine Beihilfe gewährt, wenn die Aufwendungen aus 10 Monaten 15 EUR übersteigen.

Zuschüsse zu privaten Krankenversicherungsbeiträge können den Beihilfeanspruch um 20 v. H. mindern, wenn der Zuschuss mindestens 41,00 EUR beträgt, dies gilt nicht für Zuschüsse nach § 9 Abs.1 MuSchEltZV.

Beleg	Bezeichnung des Erkrankten B = Beihilfeberechtigte(r) E = Ehegatte bei Kindern, für die ich den Familienzuschlag beziehe = K1, K2 usw.	Datum der Rechnung	Art der Leistung (siehe Allgemeine Hinweise)	Rechnungsbetrag EUR, Cent	Kostenerstattung von anderer Seite; falls kein Prozenttarif, Währungsbetrag

Sachlich und rechnerisch richtig	Geprüft
Datum _____	Datum _____
Name _____	Name _____



Gesamtsumme:

--