

\_\_\_\_\_  
An die  
Festsetzungsstelle

## Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

Ich bitte, dem Beihilfebescheid einen neuen Papiervordruck beizufügen.

### Antrag auf Beihilfe

in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach den Beihilfavorschriften (BhV) des Bundes

Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung		Geburtsdatum	Kundennummer /
Anschrift			Telefon privat (bitte mit Vorwahl)
Dienststelle, Anschrift		Behördenkennziffer und Personalnummer der Bundesbesoldungsstelle	
Haus-/Zimmer-Nr.	Telefon dienstl. (bitte mit Vorwahl)	Bei Beamten im Vorbereitungsdienst: Lehrgangs-Nummer	

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:

vollbeschäftigt seit	teilzeitbeschäftigt von – bis	mit Wochenstunden	befristet beschäftigt von – bis
Elternzeit von – bis	Beurlaubung ohne Dienstbezüge gem. § 72 a (4) S. 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 Änderungen:

1. Kind – Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum
2. Kind – Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum
3. Kind – Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum
4. Kind – Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum
Wegfall eines Kindes aus dem Familien-, Orts- bzw. Sozialzuschlag (Vorname)	ab
Wiederaufnahme eines Kindes in den Familien-, Orts- bzw. Sozialzuschlag nach einer Unterbrechung (z. B. Wehr- oder Zivildienst) (Vorname)	ab

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

keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben  folgende Änderung:

Personen	Private Krankenversicherung*	Gesetzliche Krankenversicherung			Freie Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattungsanspruch**	Keine Krankenversicherung
		pflichtversichert (§ 5 SGB V)	freiwillig versichert (§ 9 SGB V)	familierversichert (§ 10 SGB V)		
Beihilfeberechtigte/r	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)
Ehegatte	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)
1. Kind	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)
2. Kind	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)
3. Kind	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)
4. Kind	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)

Bei **privater Krankenversicherung** ist als Nachweis eine Kopie des aktuellen Versicherungsscheins notwendig. Zu den **gesetzlichen Krankenversicherungen** gehören z. B. AOK, BKK, Ersatzkassen und knappschaftliche Krankenversicherung. Ein **Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung** kann z. B. nach Beamtenrecht (insbesondere als Folge eines Dienstunfalls) oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen bestehen.

\* Bei erstmaliger Antragstellung sowie bei jeder Tarifumstellung (nicht: Beitragsänderung) bitte einen Nachweis beifügen.

\*\* Bitte Nachweis oder Bescheid über den Grundanspruch beifügen.

Hier bitte auch etwaige Änderungen des **Versicherungsschutzes bei Rentenanspruch** oder Arbeitslosigkeit eintragen.

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

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

Beihilfeberechtigung aufgrund	
<input type="checkbox"/> des Erhalts von Versorgungsbezügen (§ 2 BeamtVG)	Wer
<input type="checkbox"/> eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst	Wer
<input type="checkbox"/> eines Beschäftigungsverhältnisses bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen usw.	Wer
<input type="checkbox"/> eines Abgeordnetenverhältnisses	Wer
<input type="checkbox"/> als Beamter/Beamtin <input type="checkbox"/> als Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> als Abgeordnete/r <input type="checkbox"/> als Versorgungsempfänger/in	
gegenüber wem	ab (Datum)

**4.2 Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen (z. B. vom Arbeitgeber oder RV-Träger) gewährt?**

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

welcher Person	ab (Datum)	Höhe des monatlichen Zuschusses

**5 Ist ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger bei einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?**

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

welche Person	bei wem (Aufwendungen können nur mit Originalbelegen geltend gemacht werden)
ab (Datum)	

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

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

Name, Vorname des Ehegatten	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit
Übersteigen die Einkünfte Ihres Ehegatten (§ 2 Abs. 3 EstG) im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung den Betrag von 18.000 EUR?		
<input type="checkbox"/> nein; Nachweis wird ggf. angefordert <input type="checkbox"/> ja		
Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich ebenfalls übersteigen?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

**7 Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis?**

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

Es handelt sich um

einen Dienstunfall  einen Arbeitsunfall  einen Schulunfall  einen sonstigen Unfall  ein anderes schädigendes Ereignis (z. B. Berufskrankheit)

Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)? – Bitte auch 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

**8 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)

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

nein  ja

Leistungszusage mit Pflegestufe der Pflegeversicherung

Pflegestufe I  Pflegestufe II  Pflegestufe III  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

**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. beifügen, soweit nicht vorliegend

**11 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

**12 Auszahlung der Beihilfe**

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten

nein  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

Unterschrift des/der Beihilfeberechtigten

Vollmacht liegt vor

Vollmacht liegt bei

