

An die  
Festsetzungsstelle

## Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

Ich bitte, dem Beihilfebescheid einen neuen Papiervordruck beizufügen.

### Antrag auf Beihilfe

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

|   |                                      |  |                   |
|---|--------------------------------------|--|-------------------|
| Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung |                                      | Geburtsdatum   | Kundennummer<br>/ |
| 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. §72a (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) | familienversichert (§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 Betrag am (Datum)  
 nein  ja

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 beifügt. 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

