

Stempel

Anzahl der Belege	
Gesamtbetrag der Aufwendungen	Euro

Beihilfefestsetzungsstelle
Oberfinanzdirektion Magdeburg
Bezugestelle Dessau
Kühnauer Straße 161
06846 Dessau-Roßlau

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

- Ich bitte, dem Beihilfebescheid einen neuen Papiervordruck beizufügen (Vordruck 035 070).
- Ich bitte, dem Beihilfebescheid das Ergänzungsblatt „Pflegeleistungen“ beizufügen (Vordruck 035 097).

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 oder des/der eingetragenen Lebenspartner(in) ¹⁾		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"/> Abordnung/Versetzung		
<input type="checkbox"/> Altersteilzeit (Freistellungsphase)		
<input type="checkbox"/> langfristiger Erkrankung		

1. Angaben zur Beschäftigung (nur bei Erstantrag und Änderungen)

Dienststelle/ Pensionsregelungsbehörde	Versorgungsempfänger(in) seit	Beamter/in auf Widerruf	befristet beschäftigt von - bis
Beurlaubung ohne Dienstbezüge gem. § 65 Abs. 1 LBG LSA von - bis	Elternzeit von - bis	sonstige Beurlaubung ohne Dienstbezüge von - bis	

2. Ich habe für den Zeitraum, für den Leistungen beantragt werden, den kindergeldbezogenen Anteil im Familienzuschlag für folgende Kinder erhalten:

Vorname (ggf. abweichender Familienname)	geboren am	kindergeldbezogener Anteil im Familienzuschlag		Wichtiger Hinweis: Aufwendungen für Kinder können nur berücksichtigt werden, wenn Nr. 2 dieses Antrages vollständig ausgefüllt ist (§ 5 Abs. 4 BBhV). Bei fehlenden/unvollständigen Angaben zum Bezug des Familienzuschlages bei zwei oder mehr Kindern erfolgt auch die Erstattung der Aufwendungen der/des Beihilfeberechtigten selbst nur zum Bemessungssatz von 50 v. H. (§ 46 BBhV).
		ja	nein	
1. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1) Nur ausfüllen, wenn für die Ehegattin/den Ehegatten bzw. die eingetragene Lebenspartnerin/den eingetragenen Lebenspartner Aufwendungen geltend gemacht werden, oder wenn zwei oder mehr Kinder zu berücksichtigen sind und die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die eingetragene Lebenspartnerin/der eingetragene Lebenspartner ebenfalls beihilfeberechtigt bzw. heilfürsorgeberechtigt ist.

3. Haben Sie oder Ihre Angehörigen eine weitere eigene Beihilfeberechtigung?

nein

<input type="checkbox"/> ja, aufgrund einer beamtenrechtlichen Versorgung (z.B. Hinterbliebenenversorgung)	Wer? (Name, Vorname)
<input type="checkbox"/> ja, aufgrund eines Dienstverhältnisses im öffentlichen Dienst als Beamter oder Richter	Wer? (Name, Vorname)
<input type="checkbox"/> ja, aufgrund eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses (z. B. als Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst)	Wer? (Name, Vorname)
<input type="checkbox"/> ja, aufgrund eines Abgeordnetenmandats	Wer? (Name, Vorname)

Gegenüber wem besteht die Beihilfeberechtigung? (bitte Anschrift der Beihilfestelle angeben)	seit
--	------

Sind Kinder bei einem anderen Beihilfeberechtigten (z.B. bei dem anderen auch beihilfeberechtigten Elternteil) ebenfalls berücksichtigungsfähig?

nein ja

Name des Kindes

Bei wem (bitte Anschrift der Beihilfestelle angeben)

Rechtsverhältnis des anderen Beihilfeberechtigten

Abgeordnetenmandat
 Beamter, Richter
 Angestellter, Arbeiter
 Beamter mit Heilfürsorgeanspruch
 Versorgungsempfänger
 anderes Rechtsverhältnis

4. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen?

keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben folgende Änderung(en):

Personen		privat versichert	privat vers. eingeschränkter Tarif/ Leistungsumfang	freiwillig gesetzlich versichert	pflichtversichert	familienversichert bei 1 oder 2	Heilfürsorge
1 Beihilfeberechtigte/r	ab dem (Datum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ehegatte/Ehegattin eingetr. Lebenspartner/ eingetr. Lebenspartnerin	ab dem (Datum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 1. Kind	ab dem (Datum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 2. Kind	ab dem (Datum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 3. Kind	ab dem (Datum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 4. Kind	ab dem (Datum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei erstmaliger Beantragung und bei Änderungen des Versicherungsumfanges 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 Angehörige und bei Tarifumstellung. Hier bitte auch etwaige Änderungen des **Versicherungsschutzes bei Rentenanspruch** oder Arbeitslosigkeit eintragen.

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

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

für wen:	ab (Datum)	Höhe des monatl. Zuschusses
für wen:	ab (Datum)	Höhe des monatl. Zuschusses

Zuschüsse zu privaten Krankenversicherungsbeiträgen mindern den Beihilfeanspruch um 20 v. H., wenn der Zuschuss mindestens 41,00 Euro, bei freiwillig gesetzlich Versicherten mindestens 21,00 Euro beträgt, dies gilt nicht für Zuschüsse nach § 9 Abs. 1 MuSchEltZV.

5. Werden Aufwendungen für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten/eingetr. Lebenspartner bzw. die nicht selbst beihilfeberechtigte Ehegattin/eingetr. Lebenspartnerin geltend gemacht?

nein ja

Überstieg der **Gesamtbetrag der Einkünfte** (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) Ihres Ehegatten im **zweiten** Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe den Betrag von 17.000 Euro?

nein ja

Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich überschreiten?

nein ja

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

6. Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall?

nein ja

Es handelt sich um (Unfallschilderung beifügen)

einen privaten Unfall einen Schulunfall 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?

nein ja 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?

nein

ja; der/die Behandelnde ist Ehegatte/Ehegattin eingetr. Lebenspartner/in Kind Elternteil der behandelten Person

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

8. Wird eine Pflegepauschale für Pflegeleistungen beantragt?

nein ja

Bitte hierfür das Ergänzungsblatt „Pflegepauschale - Pflegeleistungen“ ausfüllen (Vordruck 035 097).

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

nein

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.	Betrag (Euro)	am (Datum)
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

Die Überweisung soll erfolgen auf

das Konto, auf das meine Bezüge/Versorgungsbezüge überwiesen werden. auf das folgende Konto:

Geldinstitut		
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 beigelegt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen und Leistungen aus Zusatztarifen²⁾ für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

2) **Zusatztarife:** 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, Pflegezusatzversicherungen und Beihilfeergänzungstarife.

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

