

Antrag auf Zahlung einer Beihilfe

Beamtin/Beamter

Versorgungsempfängerin/Versorgungsempfänger

Nachwuchskraft

Beschäftigte/
Beschäftigter TVöD

Antragstellerin/Antragsteller (Familienname, Vorname)

Beihilfenummer

Geburtsdatum

Zentrale Scanstelle Beihilfe
32746 Detmold

Dienststelle oder Schule

E-Mail-Adresse dienstlich

E-Mail-Adresse privat (freiwillige Angabe)

Telefon dienstlich

Telefon privat (freiwillige Angabe)

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen
(PC oder Schreibmaschine,
möglichst nicht handschriftlich)

Familienstand

ledig verheiratet verwitwet geschieden eingetr. Lebenspartnerschaft getrennt lebend

seit (Datum)

Vorname Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner, gegebenenfalls abweichender Familienname

Ist Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte bzw. Ihre Lebenspartnerin/Ihr Lebenspartner berufstätig?

Nein Ja Nein Ja, bei (Name des Arbeitgebers):
Wenn ja, im öffentlichen Dienst oder einer vergleichbaren Einrichtung?

Bitte keine Originalbelege beifügen und die Kopien nicht klammern, heften oder kleben! (Bitte Anmerkung 2 auf Seite 4 beachten)

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sowie den nachträglichen Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag und Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (z. B. Besoldungsgruppe) sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Die Daten werden mit meinem Einverständnis nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung erhoben (§§ 3 und 12 BVO).

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Bruttobezüge des vorangegangenen Kalenderjahres gemäß § 15 BVO zur Ermittlung der Belastungsgrenzen für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags verweigern und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Mit der entsprechenden Verarbeitung meiner Bruttobezüge für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags bin ich

nicht einverstanden (gegebenenfalls bitte ankreuzen).

Datum, Unterschrift

Gesamtbetrag
der Aufwendungen ca.

Anzahl der Belege
(siehe Seite 4, Anmerkung 8)

EUR

Werden Pflegeaufwendungen nach § 5 ff. BVO geltend gemacht?

Ja – bitte zusätzlich Anlage „Pflege“ ausfüllen Nein

Erstantrag oder hat sich Ihre Bankverbindung geändert?

Ja – bitte Bankverbindung eintragen Nein

Geldinstitut

IBAN

BIC

Erstantrag oder hat sich die Anschrift, an welche der Bescheid gesandt wird, geändert?

Ja – bitte Anschrift eintragen Nein

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Bei wiederholter Antragstellung:

Haben sich Änderungen zu Nr. 1 bis 6 gegenüber den Angaben im letzten Beihilfeantrag ergeben?

Ja – bitte Nr. 1 bis 9 vollständig ausfüllen Nein – bitte weiter bei Nr. 7

1 Angaben zum Beschäftigungsumfang

Vollbeschäftigt? (Gilt nicht für Versorgungsempfängerin/-empfänger)	Zahl der Wochenstunden	Regelmäßige Arbeitszeit einer/eines Vollbeschäftigten	Altersteilzeit? (Gesamtzeitraum einschließlich der Freistellung)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____	_____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Nur Tarifbeschäftigte: Begründung des jetzigen ununterbrochen bestehenden Beschäftigungsverhältnisses vor dem 01.01.1999?			
<input type="checkbox"/> Ja, seit _____ <input type="checkbox"/> Nein			
Beurlaubung ohne Dienstbezüge in den letzten 12 Monaten?		Beurlaubungsgrund	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		_____	

2 Angaben zu berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Familienname, Vorname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Kinderbezogener Anteil im Familienzuschlag steht mir zu (siehe Anm. 3 und 4)	Anderem Elternteil steht der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zu	Angaben zu Berufstätigkeit usw. (zum Ausfüllen siehe Anm. 7)	von (TT.MM.JJJJ)	bis (TT.MM.JJJJ)
Ehegatte/eingetr. Lebenspartnerin/Lebenspartner	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Kind 1 (K 1)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Kind 2 (K 2)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Kind 3 (K 3)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Kind 4 (K 4)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Kind 5 (K 5)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

3 Krankenversicherungsschutz

Bei Erstantrag bitte vollständig ausfüllen, auch wenn für einzelne der nachstehenden Personen keine Beihilfe beantragt wird, und Versicherungsschein oder -bescheinigung beifügen.

Versicherte Person	Private Krankenversicherung			Gesetzliche Krankenversicherung				als Rentner	seit (TT.MM.JJJJ)
	Normaltarif	Basistarif	Zusätzliche Auslandsvers.	Kosten-erstattung	freiwillig	pflicht-versichert	familien-versichert über		
Antragstellerin/Antragsteller (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
Ehegatte/eingetr. Lebenspartner (E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/>	_____
K 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	_____
K 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	_____
K 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	_____
K 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	_____
K 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	_____

Bei einem Wechsel der Krankenversicherung:

Bei welcher Person und wann hat dieser Wechsel stattgefunden? (Bitte neue Bescheinigung beifügen)

Familienname, Vorname	Zeitpunkt (TT.MM.JJJJ)	Familienname, Vorname	Zeitpunkt (TT.MM.JJJJ)
_____	_____	_____	_____

4 Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

Steht Ihnen oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (z. B. aus Arbeitsvertrag, vom Rentenversicherungsträger) zu?

Ja – bitte ausfüllen Nein

Familienname, Vorname	KV-Beitrag im Antragsmonat	Zuschuss im Antragsmonat	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt vor
	EUR	EUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	EUR	EUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	EUR	EUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Nur ausfüllen für Personen mit Rentenanspruch

Erhalten Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung?

Ja – bitte ausfüllen und eine Kopie der letzten Renten Anpassungsmittelung beifügen Nein

Person	Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner vor dem 01.01.1994?
Antragstellerin/Antragsteller	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/-partner	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Kind	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

6 Angaben zu dem Gesamtbetrag der Einkünfte der/des Ehegattin/Ehegatten/eingetragenen Lebenspartnerin/Lebenspartners

Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) der Ehegattin/des Ehegatten/der Lebenspartnerin/des Lebenspartners im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen?

(Bei erstmaligem Rentenbezug ab 01.01.2004 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag) – siehe auch Anmerkung 6 –

Ja Nein noch nicht absehbar

Wird diese Einkunftsgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten?

Ja Nein noch nicht absehbar

7 Vorrangige Ansprüche auf Leistungen im Krankheitsfall nach anderen Rechtsvorschriften

Bestehen zu den geltend gemachten Aufwendungen Ansprüche aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften (z. B. gesetzliche Unfallversicherung, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz) oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen?

Ja – bitte ausfüllen Nein

Familienname, Vorname	Art des Anspruchs	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt vor
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Werden Aufwendungen aufgrund von Unfällen geltend gemacht?

Ja – bitte Belege mit „U“ kennzeichnen Nein

Es handelt sich um einen

<input type="checkbox"/> Dienstunfall	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> Unfall im privaten Bereich	Unfallschilderung liegt bei	Unfallschilderung liegt vor
<input type="checkbox"/> Unfall in der Schule	<input type="checkbox"/> Unfall beim Studium	<input type="checkbox"/> Unfall im Kindergarten		

Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?

Ja – bitte Vordruck „Unfallbericht“ ausfüllen Nein

9 Werden Aufwendungen aus den nachfolgend genannten Bereichen geltend gemacht?

Die **Behandlung** erfolgte durch eine **nahe Angehörige/einen nahen Angehörigen**, hierzu zählen:

Ehegatten/eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch Enkelkinder, Geschwister, Großeltern, Verschwägerter ersten Grades sowie Schwägerin oder Schwager der behandelten Person.

Ja – bitte Belege oben rechts mit „**A**“ kennzeichnen Nein

Es wurden oder werden **Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)** in Anspruch genommen.

Ja – bitte Belege oben rechts mit „**G**“ kennzeichnen Nein

10 In Geburtsfällen und bei Adoptionen

Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO wird beantragt.

Ja – bitte Kopie der Geburtsurkunde beifügen Nein

Anmerkungen

1. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungs- bzw. Kaufdatum beantragt wurde. Für den Fristablauf ist der Tag des Antragsvorgangs bei der Beihilfestelle maßgeblich. Der Bemessungssatz richtet sich nach den Verhältnissen im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.
2. **Bitte legen Sie keine Originalbelege vor**, da alle eingesandten Belege nach der elektronischen Erfassung vernichtet werden. Bitte fertigen Sie pro Beleg eine separate Kopie (gegebenenfalls Vor- und Rückseite) und beachten Sie, dass Kopien und Zweitschriften deutlich lesbar sein müssen.
3. Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder über 18 Jahre bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, solange sie für einen Beruf ausgebildet werden. Über das 25. Lebensjahr hinaus sind Kinder berücksichtigungsfähig, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung bzw. Studium befinden und den gesetzlichen Grundwehr- oder Zivildienst geleistet haben, sich anstelle des gesetzlichen Grundwehrdienstes freiwillig für nicht mehr als drei Jahre zum Wehrdienst verpflichtet haben oder eine vom gesetzlichen Grundwehr- oder Zivildienst befreiende Tätigkeit als Entwicklungshelfer ausgeübt und sie diesen oder die Tätigkeit vor dem 1. Juli 2011 angetreten haben. Die Berücksichtigung erfolgt längstens für die Dauer des gesetzlichen Grundwehr- oder Zivildienstes. Eine Berücksichtigung kommt jedoch nicht in Betracht, wenn ein Kind den in Folge der Aussetzung der allgemeinen Wehrpflicht eingeführten freiwilligen Wehrdienst abgeleistet hat.
4. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt und ist mindestens ein Kind berücksichtigungsfähig, bitte ggf. Anlage „Kinder“ ausfüllen.
5. Bei Heilbehandlungen und Hilfsmitteln sowie bei Arznei- und Verbandmitteln legen Sie bitte neben der Rechnung die Verordnung einer Ärztin/eines Arztes bzw. einer Heilpraktikerin/eines Heilpraktikers vor.
6. Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG sind neben dem um die Werbungskosten bzw. den Arbeitnehmer-Pauschalbetrag verminderten Arbeitslohn, insbesondere der zu versteuernde Anteil von Renten (bei erstmaligem Rentenbezug ab 01.01.2004 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag), Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, sowie Einkünfte aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit. Kapitaleinkünfte, die nach § 32d Abs. 1 EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert wurden oder die der Kapitalertragssteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Abs. 5 EStG unterliegen haben, sind den Einkünften, der Summe der Einkünfte und dem Gesamtbetrag der Einkünfte hinzuzurechnen (vgl. § 2 Abs. 5a EStG).
7. Bitte tragen Sie folgende Abkürzungen ein:

– Nicht erwerbstätig	= NE
– Schulbildung	= SB
– Elternzeit	= EZ
– Familienpolitischer Urlaub	= FU
– Pflegezeit	= PZ
– Rentenbezieherin/-bezieher	= RE
– Berufstätig	= BT
– Eigene Beihilfeberechtigung, z. B. im öffentlichen Dienst	= ÖD
– Hochschulausbildung	= HS
– Versorgungsempfängerin/-empfänger	= VE
– arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld I oder II	= AL
– Gesetzlicher Wehrdienst	= GWD
– Freiwilliger Wehrdienst	= FWD
– Zivildienst	= ZD
– Freiwilligendienst	= FD
8. Als jeweils ein Beleg gelten z. B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung (siehe Anmerkung 5) oder Rechnungen über das Zahnarzt Honorar und Material- und Laborkosten.