

# Antrag auf Zahlung einer Beihilfe

Anlage 6

Antragsteller/in Name, Vorname

Beihilfenummer

Geburtsdatum

Dienststelle

E-Mailadresse dienstlich

E-Mailadresse privat – Angaben freiwillig -

Telefonnummer dienstlich

Telefonnummer privat – Angaben freiwillig -

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

## Bitte keine Originalbelege beifügen und die Kopien nicht klammern oder heften

(Bitte Anmerkung 2 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 sofort der Beihilfestelle anzugeben habe.

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

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

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Bruttobezüge des vorangegangenen Kalenderjahres zur Ermittlung der Belastungsgrenze (§ 15 BVO) für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags verweigern und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann; die Berücksichtigung der Belastungsgrenze ist in diesem Fall nicht möglich.

Mit der entsprechenden Verarbeitung meiner Bruttobezüge für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags bin ich nicht einverstanden.  (ggf. bitte ankreuzen)

Datum, Unterschrift

Gesamtbetrag  
der Aufwendungen ca.

Anzahl der Belege  
(s. Anmerkung 8)

, – €

Es werden **Pflegeaufwendungen** nach § 5 ff. BVO geltend gemacht  
(Bitte zusätzlich Anlage "Pflege" ausfüllen)

Ja

Nein

Ja **Bitte ausfüllen:**

| IBAN: Eingabe bitte vier Zeichen - soweit vorhanden - pro Spalte |  |  |  |  |  |  |  | BIC |
|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|
|  |  |  |  |  |  |  |  |     |

**Erstantrag oder hat sich die Adresse, an die der Bescheid gesandt wird, geändert?**

Nein

Ja **Bitte ausfüllen:**

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

**Bei wiederholter Antragstellung:**

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

Ja      Bitte Nummern 1 bis 9 vollständig ausfüllen

Nein    Bitte weiter bei Nummer 7

**1 Angaben zum Beschäftigungsumfang**

Vollbeschäftigung:

Ja

Nur Tarifbeschäftigte:

Begründung des jetzigen ununterbrochen bestehenden Beschäftigungsverhältnisses vor dem 01.01.1999

ja       nein

Beurlaubung ohne Bezüge in den letzten 12 Monaten:

Nein

Ja      vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Grund:

Nein   Zahl der Wochenstunden:

**2 Angaben zu berücksichtigungsfähigen Angehörigen**

| Name, Vorname                          | Geburts-<br>datum<br>TT.MM.JJJJ | Kinderbezogener Anteil im Familienzuschlag steht mir zu (s. Anmerkung 3 und 4) | Anderem Elternteil steht der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zu | Angaben zu Berufstätigkeit usw. (zum Ausfüllen s. Anmerkung 7) | von<br>TT.MM.<br>JJJJ | bis<br>TT.MM.<br>JJJJ |
|--|---------------------------------|--|---|--|-----------------------|-----------------------|
| Ehegatte / eingetragener 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 |                          |                          |                            |                            |                          |      |
|--|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|------|
|  | Normaltarif                 | Basistarif               | zusätzliche Auslandvers. | Kostenerst.                     | freiwillig               | pflicht-                 | familienversichert         | über                       | als Rentner              | seit |
| Antragsteller/in (A)                       | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |                            | <input type="checkbox"/> |      |
| Ehegatte / eingetragener 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 stattgefunden? (Bitte neue Bescheinigung beifügen.)

Name, 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?

Nein       Ja (bitte ausfüllen)

Name, Vorname

KV-beitrag im Antragsmonat

Zuschuss im Antragsmonat

Nachweis liegt bei

Nachweis liegt vor

€

€

€

€

#### 5 Nur ausfüllen für Personen mit Rentenanspruch

Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?

Nein       Ja (bitte ausfüllen)

Name, Vorname

TT.MM.JJJJ

am:

am:

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

Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) des **Ehegatten / Lebenspartners** im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen?  
*(Bei erstmaligem Rentenbezug ab 1.1.2004 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttonrentenbetrag), s. 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?

Nein       Ja (bitte ausfüllen)

Name, Vorname

Art des Anspruchs

Nachweis liegt bei

Nachweis liegt vor

#### 8 Werden Aufwendungen aufgrund von Unfällen geltend gemacht?

Ja (bitte Belege mit U kennzeichnen)

Es handelt sich um einen

Dienstunfall

Unfall im Kindergarten

Nein

Arbeitsunfall

Unfall in der Schule

Die Unfallschilderung liegt bei      liegt vor

Unfall im privaten Bereich

Unfall beim Studium

Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?

Nein       Ja (bitte besonderen Vordruck **Unfallbericht** ausfüllen.)

## 9 Werden Aufwendungen aus den nachfolgend genannten Bereichen geltend gemacht?

Nein       Ja (bitte ausfüllen)

Die **Behandlung** erfolgte **durch einen nahen Angehörigen**, hierzu zählen: Ehegatte / eingetragener Lebenspartner, Eltern oder Kinder der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch Enkelkinder, Geschwister, Großeltern, Verschwägerte ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person.

Ja (bitte Belege oben rechts mit **A** kennzeichnen)

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

Ja (bitte Belege oben rechts mit **G** kennzeichnen)

## 10 In Geburtsfällen und bei Adoptionen

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

Ja

### 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 Antragseingangs 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 und beachten Sie, dass Kopien und Zweitseiten 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 in Schul- oder Berufsausbildung bzw. Studium sich 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 befreieende 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 vermindernden Arbeitslohn insbesondere der zu versteuernde Anteil von Renten (*bei erstmaligem Rentenbezug ab 1.1.2004 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 unterlegen 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 =         | <b>NE</b> | - Eigene Beihilfeberechtigung z.B. im öffentlichen Dienst = | <b>ÖD</b>  |
| - Schulausbildung =            | <b>SB</b> | - Hochschulausbildung =                                     | <b>HS</b>  |
| - Elternzeit =                 | <b>EZ</b> | - Versorgungsempfänger/in =                                 | <b>VE</b>  |
| - Familienpolitischer Urlaub = | <b>FU</b> | - arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld I oder II =     | <b>AL</b>  |
| - Pflegezeit =                 | <b>PZ</b> | - Gesetzlicher Wehrdienst =                                 | <b>GWD</b> |
| - Rentenbezieher/in =          | <b>RE</b> | - Freiwilliger Wehrdienst =                                 | <b>FWD</b> |
| - Berufstätig =                | <b>BT</b> | - Zivildienst =   | <b>ZD</b>  |
|                                |           | - Freiwilligendienst =                                      | <b>FD</b>  |

8. Als jeweils ein Beleg gelten z. B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung (s. Anmerkung 5) oder Rechnungen über das Zahnarzhonorar und Material- und Laborkosten.