

Stempel

Anzahl der Belege	
Gesamtbetrag der Aufwendungen	Euro

## 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)

**Bitte reichen Sie Arzneimittelrezepte ausschließlich in Kopie ein. Rezeptbelege werden nicht mehr zurückgesandt.  
Bitte füllen Sie den Antrag immer vollständig aus!**

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) <sup>1)</sup>			geboren am	
<b>Nur für aktive Beschäftigte</b> <b>wegen</b> <input type="checkbox"/> Der Beihilfebescheid soll an die Wohnanschrift gesandt werden <input type="checkbox"/> Beurlaubung (z. B. Mutterschutz, <b>Elternzeit</b> ) <input type="checkbox"/> Altersteilzeit- freistellungsphase <input type="checkbox"/> langfristiger Erkrankung				
<b>1. Angaben zur Beschäftigung</b> (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		
<b>2. Ich habe für den Zeitraum, für den Leistungen beantragt werden, den kindergeldbezogenen Anteil im Familienzuschlag für folgende Kinder erhalten:</b>				
Vorname (ggf. abweichender Familienname)	geboren am	kindergeldbezogener Anteil im Familienzuschlag ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		<b>Wichtiger Hinweis:</b> 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 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		

<sup>1)</sup> 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?

<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> Abgeordnetenmandat	<input type="checkbox"/> Beamter, Richter	<input type="checkbox"/> Angestellter, Arbeiter
<input type="checkbox"/> Beamter mit Heilfürsorgeanspruch	<input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger	<input type="checkbox"/> anderes Rechtsverhältnis

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

Personen		privat versichert	freiwillig gesetzlich versichert	pflicht-versichert	familien-versichert bei 1 oder 2	Heil-fürsorge
Beihilfeberechtigte/r	ab dem (Datum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegatte/Ehegattin eingetr. Lebenspartner/ eingetr. Lebenspartnerin	ab dem (Datum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind	ab dem (Datum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind	ab dem (Datum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind	ab dem (Datum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind	ab dem (Datum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei erstmaliger Beantragung und bei Änderungen des Versicherungsumfangs 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.

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

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

nein  ja

Wenn 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

## 6. Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall?

nein  ja

Wenn ja: Es handelt sich um

einen privaten Unfall  einen Schulunfall  ein anderes schädigendes Ereignis (z.B. Berufskrankheit)

Um welche Aufwendungen handelt es sich? Arztrechnung, Rezept, Krankenhausrechnung u.s.w. vom:

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 oder auf Rechnung eines nahen Angehörigen

(als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, usw. oder als Gesellschafter einer Praxisgemeinschaft, GbR, GmbH, etc.) geltend gemacht?

nein

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

Arztrechnung vom: (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 (Euro)	Soweit nicht schon vorliegend, Nachweis-Versicherungsschein über Ausschluss usw. beifügen!
----------------	---------------	--

## 10. Auszahlung der Beihilfe

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten.

nein

ja

Betrag (Euro)

am (Datum)

Die Überweisung soll erfolgen auf

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

Geldinstitut

Inhaber des Kontos (falls abweichend von dem/der Antragsteller/in)

IBAN

BIC

### Erklärung

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit 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 beigefügt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen und Leistungen aus Zusatztarifen<sup>2)</sup> für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

<sup>2)</sup> 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
-------	---	---

**Zusammenstellung der Aufwendungen** (Nummerieren Sie Ihre Belege bitte fortlaufend durch!)  
*Das Ausfüllen der Zusammenstellung bleibt Ihnen freigestellt.*

Anlage zum Beihilfeantrag vom (Datum)	für Herrn/Frau (Name, Vorname)	Personalnummer
---------------------------------------	--------------------------------	----------------

**Allgemeine Hinweise**

Für jede Aufwendung ist ein Beleg beizufügen (Belege bitte ausschließlich als Kopie einreichen). Bei Hilfsmitteln, Heilbehandlungen u. ä. wird die schriftliche Verordnung eines Arztes benötigt. Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn zwischen dem Datum der Rechnungsausstellung bzw. dem Kaufdatum und dem Antragseingang bei der Beihilfestsetzungsstelle **nicht mehr als 1 Jahr** liegt.

Bei Anträgen mit Aufwendungen von **weniger als 200 Euro** wird nur dann eine Beihilfe gewährt, wenn die Aufwendungen aus **10 Monaten 15 Euro** übersteigen.

**Bitte sortieren Sie die Belege nach Personen:**

(Beihilfeberechtigte/r, (B), Ehegattin, Ehegatte, eingetr. Lebenspartner/in (E), Kind/er (K1, K2, usw.)

Nr.	B, E, K1,K2, usw.	Datum der Rechnung	Rechnungsbetrag Euro, Cent	Bemerkungen
<b>Gesamtsumme</b>				
			Sachlich und rechnerisch richtig	Geprüft
			Datum/Nz	Datum/Nz