

Eingangsstempel

Anzahl der Belege	
Gesamtbetrag der Aufwendungen	Euro

☐ Pflegeaufwendungen enthalten

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

☐ dem Bescheid soll ein neuer Papiervordruck beigefügt werden (Vordruck 035 070)

☐ dem Bescheid soll ein Antrag „Pflegeleistungen“ beigefügt werden (Vordruck 035 097)

Vordrucke sind auch abrufbar unter:
www.lsaurl.de/bzstlsa

Antrag auf Beihilfe

in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)

Bitte reichen Sie die Belege ausschließlich in Kopie ein, da diese nicht zurückgesandt werden.

Name, Vorname der/des Beihilfeberechtigten	geboren am	Personalnummer
Wohnanschrift (nur bei Erstantrag oder Änderung)		Telefon/Hausruf ¹⁾
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"/> Altersteilzeitfreistellungsphase <input type="checkbox"/> langfristiger Erkrankung		
<input type="checkbox"/> Erstantrag: Bitte alle Fragen beantworten!		
<input type="checkbox"/> Folgeantrag: Haben sich Änderungen bei den Fragen Nr. 1 bis 3 gegenüber den Angaben im letzten Antrag auf Beihilfe ergeben, z. B. Wegfall des kindergeldbezogenen Anteils im Familienzuschlag (siehe Nr. 2.3)?		
<input type="checkbox"/> nein: weiter bei Nr. 4 oder ggf. Kurzantrag (Vordruck 035 069 - www.lsaurl.de/bzstlsa) verwenden		
<input type="checkbox"/> ja: folgende Änderungen unter Nr. 1 bis 3 dann weiter ab Nr. 4		
1. Angaben zur Beschäftigung (nur bei Erstantrag oder Änderungen)		
Dienststelle/ Versorgungsstelle	Versorgungs- empfänger(in) seit	Beamter/Beamtin auf Widerruf seit
		befristet beschäftigt von - bis
Beurlaubung ohne Dienstbezüge gemäß § 65 Abs. 1 LBG LSA von - bis	Elternzeit von - bis	sonstige Beurlaubung ohne Dienstbezüge von - bis

¹⁾ freiwillige Angabe

2. Beihilfeberechtigung und Beihilfebemessungssatz (nur bei Erstantrag oder Änderungen)				
2.1 Haben Sie oder Ihre Angehörigen, für die Aufwendungen geltend gemacht werden, eine weitere oder eigene Beihilfeberechtigung?				
<input type="checkbox"/> nein				
<input type="checkbox"/> ja, aufgrund einer beamtenrechtlichen Versorgung (z.B. Hinterbliebenenversorgung)		Wer? (Name, Vorname, Geburtsdatum)		
<input type="checkbox"/> ja, aufgrund eines Dienstverhältnisses als Beamtin, Beamter oder Richter(in)		Wer? (Name, Vorname, Geburtsdatum)		
<input type="checkbox"/> ja, aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses (z.B. als Arbeitnehmer(in) im öffentlichen Dienst)		Wer? (Name, Vorname, Geburtsdatum)		
<input type="checkbox"/> ja, aufgrund eines Abgeordnetenmandats		Wer? (Name, Vorname, Geburtsdatum)		
Gegenüber wem und seit wann besteht die Beihilfeberechtigung? (Bitte Bezeichnung und Anschrift der Beihilfestelle angeben.)				
2.2 Sind Kinder, für die Aufwendungen geltend gemacht werden, bei einem/einer anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig (z. B. bei dem anderen Elternteil)?				
ja	nein	Name, Vorname und Geburtsdatum des Kindes	Name, Vorname, Geburtsdatum des anderen Berechtigten	Anschrift der Beihilfestelle und Rechtsverhältnis ²⁾
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2.3 Ich habe für den Zeitraum, für den Leistungen beantragt werden, den kindergeldbezogenen Anteil im Familienzuschlag für folgende(s) Kind(er) erhalten:				
ja	nein	Name des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum des Kindes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

²⁾Rechtsverhältnis: z. B. Abgeordnetenmandat, Arbeitnehmer/in, Beamtin, Beamter, Richter/in, Versorgungsempfänger/in, Beamtin, Beamter mit Heilfürsorgeanspruch

3. Krankenversicherungsschutz, soweit Aufwendungen für die nachstehenden Personen geltend gemacht werden (nur bei Erstantrag oder Änderungen - **Nachweis ist beizufügen)**

Person	seit (Datum)	privat versichert	freiwillig gesetzlich versichert	pflucht- versichert	familien- versichert	Heil- fürsorge
Beihilfeberechtigte(r)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegattin/Ehegatte/ein- getragene(r) Lebenspartner(in)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Werden Aufwendungen für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner bzw. die nicht selbst beihilfeberechtigte Ehegattin/eingetragene Lebenspartnerin geltend gemacht?

☐ nein ☐ ja, für

Name, Vorname	geboren am
---------------	------------

wenn ja:
 Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs.3 Einkommensteuergesetz) Ihres/Ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe den Betrag von 20.000 Euro? ☐ nein ☐ ja

Nach § 6 Abs. 2 BBhV ist der Gesamtbetrag der Einkünfte des Vorvorjahres durch Vorlage einer Kopie des Steuerbescheides nachzuweisen. Der Nachweis ☐ liegt bereits vor. ☐ ist beigelegt.

Werden die Einkünfte in diesem Kalenderjahr den Betrag von 20.000 Euro voraussichtlich überschreiten? ☐ nein ☐ ja

5. Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall?

☐ nein ☐ ja

wenn ja:
☐ privater Unfall ☐ Schulunfall ☐ anderes schädigendes Ereignis

Um welche Aufwendungen handelt es sich? Arztrechnung, Rezept, Krankenhausrechnung usw. vom:

--

Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?

☐ nein ☐ ja ☐ ungeklärt, weil

--

Name und Anschrift des Kostenträgers bzw. Ersatzpflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer

--

Bei einem **Dienstunfall** ist das Formular "Erstattung von Dienstunfallkosten" zu verwenden (Vordruck 035 072). Zuständig für die Anerkennung eines Dienstunfalls ist Ihre Personaldienststelle.

☐ nein ☐ ja - bitte den ausgefüllten Antrag „Pflegeleistungen“ beifügen (Vordruck 035 097)

☐ nein ☐ ja Rechnungen vom:

 Der Nachweis über den Ausschluss/die Einstellung (Versicherungsschein)
☐ liegt bereits vor ☐ ist beigelegt.

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	Betrag (Euro)	am (Datum)
--	--	---------------	------------

☐ das Konto, auf das meine Bezüge/Versorgungsbezüge überwiesen werden.

--

--

[illegible]

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben, die Grundlagen für die Beihilfegewährung 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 Zusatztarifen³⁾ für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

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

nur durch die Beihilfefestsetzungsstelle auszufüllen	
sachlich und rechnerisch richtig	geprüft
<hr/> Datum/Nz.	<hr/> Datum/Nz.

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

Anlage zum Beihilfeantrag vom	für (Name, Vorname)	geboren am
----------------------------------	---------------------	------------

Für jede Aufwendung ist ein Beleg beizufügen (Belege bitte ausschließlich als Kopie einreichen). Bei Hilfsmitteln, Heilbehandlungen, Fahrkosten 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 Beihilfefestsetzungsstelle **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.

Soweit Sie Aufwendungen für mehrere Personen geltend machen, sortieren Sie bitte die Belege:
Beihilfeberechtigte(r) (B), Ehegattin/Ehegatte/eingetragene(r) Lebenspartner/in (E), Kind/er (K1, K2, ...)

Nr.	B, E, ...	Datum der Rechnung	Rechnungsbetrag Euro, Cent	Bemerkungen
Summe/Übertrag				

nur durch die Beihilfefestsetzungsstelle auszufüllen	
sachlich und rechnerisch richtig	geprüft
Datum/Nz.	Datum/Nz.

