

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](http://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 <sup>1)</sup>	
Nur für <b>aktive</b> Beschäftigte			
<input type="checkbox"/> Der Beihilfebescheid soll an die Wohnanschrift gesandt werden, <b>wegen</b>			
<input type="checkbox"/> Beurlaubung (z. B. Mutterschutz, Elternzeit) <input type="checkbox"/> Altersteilzeitfreistellungsphase <input type="checkbox"/> langfristiger Erkrankung			
<input type="checkbox"/> Erstantrag: <b>Bitte alle Fragen beantworten!</b>			
<input type="checkbox"/> Folgeantrag: Haben sich Änderungen bei den Fragen Nr. 1 bis 3 gegenüber den Angaben im letzten Antrag auf Beihilfe ergeben, <b>z. B.</b> Wegfall des kindergeldbezogenen Anteils im Familienzuschlag (siehe Nr. 2.3)?			
<input type="checkbox"/> nein: weiter bei Nr. 4 oder ggf. <b>Kurzantrag</b> (Vordruck 035 069 - <a href="http://www.lsaurl.de/bzstlsa">www.lsaurl.de/bzstlsa</a> ) verwenden			
<input type="checkbox"/> ja: folgende Änderungen unter Nr. 1 bis 3 <b>dann weiter</b> ab Nr. 4			
<b>1. Angaben zur Beschäftigung</b> (nur bei Erstantrag oder Änderungen)			
Dienststelle/ Versorgungsstelle	Versorgungsempfänger(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	

<sup>1)</sup> freiwillige Angabe

<b>2. Beihilfeberechtigung und Beihilfebemessungssatz (nur bei Erstantrag oder Änderungen)</b>				
<b>2.1 Haben Sie oder Ihre Angehörigen, für die Aufwendungen geltend gemacht werden, eine weitere oder eigene Beihilfeberechtigung?</b>				
<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.)				
<b>2.2 Sind Kinder, für die Aufwendungen geltend gemacht werden, bei einem/einer anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig (z. B. bei dem anderen Elternteil)?</b>				
ja	nein	Name, Vorname und Geburtsdatum des Kindes	Name, Vorname, Geburtsdatum des anderen Berechtigten	Anschrift der Beihilfestelle und Rechtsverhältnis <sup>2)</sup>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>2.3 Ich habe für den Zeitraum, für den Leistungen beantragt werden, den kindergeldbezogenen Anteil im Familienzuschlag für folgende(s) Kind(er) erhalten:</b>				
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"/>			

<sup>2)</sup>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	pflicht-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.

**6. Wird eine Pflegepauschale für Pflegeleistungen beantragt?**

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

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

nein  ja Rechnungen vom:

Der Nachweis über den Ausschluss/die Einstellung (Versicherungsschein)

liegt bereits vor  ist beigefügt.

**8. Auszahlung der Beihilfe**

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

Die Überweisung soll erfolgen auf

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

das folgende Konto:

Geldinstitut

Kontoinhaber/in (falls abweichend von dem/der Antragsteller/in)

IBAN

BIC

**Erklärung**

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 beigefügt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen und Leistungen aus Zusatztarifen<sup>3)</sup> 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
-------	--	---

<sup>3)</sup> Zusatztarife: Pflegekostenversicherung, Ergänzungstarife zur gesetzlichen Krankenversicherung, Auslands-(Reise-)Versicherungen o. ä.  
Das Bestehen einer Auslands-(Reise-)Versicherung ist immer dann anzugeben, wenn Auslandsaufwendungen geltend gemacht werden. Nicht anzugeben sind Krankenhaustagegelder, Pflegezusatzversicherungen und Beihilfeergänzungstarife.

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



