Achtung: Ausfüllbares und speicherbares PDF-Formular! Zur vollumfänglichen Nutzung wird der AdobeReader in der aktuellsten Version empfohlen!
Generell empfiehlt es sich bei browserbedingten Problemen mit PDF-Formularen, diese auf die Festplatte zu speichern und dort, d.h. außerhalb eines Browsers, zu öffnen.

Eingangsstempel

Anzahl der Belege	
Gesamtbetrag der Aufwendungen	Euro

☐ Pflegeaufwendungen enthalten

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

Finanzamt Dessau - Roßlau
Bezügestelle
Kühnauer Straße 161
06846 Dessau-Roßlau

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

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

Informationen zum Bereich Beihilfe sowie Vordrucke finden Sie 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

Der Beihilfebescheid soll **wegen**

☐ Beurlaubung (z. B. Mutterschutz, Elternzeit) ☐ Altersteilzeitfreistellungsphase ☐ langfristiger Erkrankung

an die Wohnanschrift gesandt werden.

☐ Erstantrag: Bitte alle Fragen beantworten!

☐ 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)?

☐ nein: weiter bei Nr. 4 oder ggf. **Kurzantrag** (Vordruck 035 069 - www.lsaurl.de/bzstlsa) verwenden

☐ 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 seit ☐ auf Widerruf	befristet beschäftigt von - bis
Elternzeit von - bis	Beurlaubung ohne Dienstbezüge gemäß § 65 Abs. 1 LBG LSA 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?

☐ nein	
☐ ja, aufgrund einer beamtenrechtlichen Versorgung (z.B. Hinterbliebenenversorgung)	Wer? (Name, Vorname, Geburtsdatum)
☐ ja, aufgrund eines Dienstverhältnisses als Beamtin, Beamter oder Richter(in)	Wer? (Name, Vorname, Geburtsdatum)
☐ ja, aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses (z.B. als Arbeitnehmer(in) im öffentlichen Dienst)	Wer? (Name, Vorname, Geburtsdatum)
☐ 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)]
☐	☐			
☐	☐			
☐	☐			
☐	☐			

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	wenn nein, Kindergeld wurde beantragt am	Vorname des Kindes	Geburtsdatum des Kindes
☐	☐	☐		
☐	☐	☐		
☐	☐	☐		
☐	☐	☐		

[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	pflicht-versichert	familien-versichert	Heil-fürsorge
Beihilfeberechtigte(r)		☐	☐	☐	☐	☐
Ehegattin/Ehegatte/ein-getragene(r) Lebenspartner(in)		☐	☐	☐	☐	☐
1. Kind		☐	☐	☐	☐	☐
2. Kind		☐	☐	☐	☐	☐
3. Kind		☐	☐	☐	☐	☐
4. Kind		☐	☐	☐	☐	☐

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 21.832 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 beigefügt. ☐ wird nachgereicht.(1)

Werden die Einkünfte in diesem Kalenderjahr den Betrag von 21.832 Euro voraussichtlich überschreiten?

☐ nein(1) ☐ ja

(1) Die Beihilfefestsetzung erfolgt in diesem Fall bis zum abschließenden Nachweis unter dem Vorbehalt des Widerrufs.

5. Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall?

☐ ja

☐ Dienstunfall
Bitte nutzen Sie das Formular „Antrag auf Erstattung der Aufwendungen eines Dienstunfalls" (Vordruck 035 072) für die Erstattung dieser Aufwendungen.
Zuständig für die Anerkennung eines Dienstunfalls ist Ihre Personaldienststelle.

☐ Unfall eines Kindes in einer Kindereinrichtung/Schule (einschließlich Wegeunfall)
Beantragen Sie die unfallbedingten Aufwendungen bitte bei der hierfür zuständigen gesetzlichen Unfallkasse.

☐ Unfall im privaten Bereich bzw. durch ein anderes schädigendes Ereignis
Besteht hierfür ein Schadenersatzanspruch?

☐ nein

☐ ja oder noch ungeklärt

Datum des Unfalls

Welche Belege/Aufwendungen sind davon betroffen?

Kennzeichnen Sie diese Belege bitte zusätzlich mit dem Buchstaben „U“. Bewahren Sie bitte eine Kopie des jeweiligen Beleges sowie den Bescheid über die gewährten Erstattungen für eine eventuelle Abforderung Ihrer Personaldienststelle auf.

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. ☐ nein ☐ 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 D E

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[3)] für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

Datum	Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten / des Vertreters	bei Vertretung: ☐ Vollmacht liegt vor ☐ Vollmacht liegt bei

[3)] 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 Datum/Nz.	geprüft Datum/Nz.

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

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

Allgemeine Hinweise
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 3 Jahre** liegen.

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

Zusammenstellung der Aufwendungen - Fortsetzung

für (Name, Vorname)	geboren am

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

Eingaben entfernen

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