

Familienname, Vorname(n)	Beschäftigungsdienststelle	Besoldungsgruppe/ Entgeltgruppe	Geburtsdatum	Telefon
Finanzverwaltungsamt Schleswig-Holstein - Beihilfe - Speckenbeker Weg 133 24113 KIEL		Der Beihilfeantrag enthält: ☐ <u>krankheitsbedingte</u> Aufwendungen ☐ Aufwendungen aufgrund einer <u>Pflegeeinstufung</u> Personalnummer		
		Bei erstmaliger Antragstellung (auch nach Eintritt in den Ruhestand) und bei Beihilfeberechtigten, für die das Finanzverwaltungsamt das Gehalt nicht anweist (Amtshilfefälle), bitte alle Fragen beantworten. Bei wiederholter Antragstellung (ohne Amtshilfefälle): Haben sich Änderungen bei den Fragen Nr. 1 bis 9 gegenüber den Angaben im letzten Antrag auf Beihilfe ergeben? ☐ nein Weiter bei Nr. 10 ☐ ja, folgende Änderungen unter Nr. 1 bis 9 dann weiter ab Nr. 10		

		/					/			
--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--

Weitere Angaben auf Seite 4

Zusammenstellung der Aufwendungen (höchstens 40 Belege)

Wenn Aufwendungen für **mehrere** Personen geltend gemacht werden, **bitte die Belege nach Personen geordnet eintragen: Antragstellerin/Antragsteller, Ehegattin/Ehegatte, Lebenspartnerin/Lebenspartner, Kinder**

Bitte keine Originale sondern gut lesbare Duplikate, Zweitschriften oder Fotokopien einreichen.
Originale nur auf ausdrückliches Verlangen oder in Todesfällen vorlegen.

Krankheitsbedingte Aufwendungen

(bitte Rechnungen und Rezepte einzeln eintragen)

B e l e g N r.	Bezeichnung der/des Erkrankten A = Antragstel- ler/in E = Ehegatte/in L = Lebenspart- ner/in Bei Kindern Vorname	Datum der Rechnung, Kaufdatum der Arznei	Art der Leistung (z.B. ärztl./zahnärztl. Behandlung, Arzneimit- tel,Hilfsmittel,Stationäre Behandlung, Sanatorium, Heilkur, Fahrkosten)	Rechnungs- betrag		B e l e g N r.	Bezeichnung der/des Erkrankten A = Antragstel- ler/in E = Ehegatte/in L = Lebenspart- ner/in Bei Kindern Vorname	Datum der Rechnung, Kaufdatum der Arznei	Art der Leistung (z.B. ärztl./zahnärztl. Behandlung, Arzneimit- tel,Hilfsmittel,Stationäre Behandlung, Sanatori- um, Heilkur, Fahrkos- ten)	Rechnungs- betrag		
				Euro	Cent					Euro	Cent	
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5		
							Übertrag					
Übertrag						Zwischensumme 1						

Aufwendungen für Pflege

Beim Erstantrag und bei Änderungen muss der Leistungsbescheid der Pflegeversicherung beigelegt werden

B e l e g N r.	Bezeichnung der/des Erkrank- ten A = Antragsteller/in E = Ehegatte/in L = Lebenspart- ner/in Bei Kindern Vorna- me	Datum der Rechnung	Art der Leistung bzw. Monat der Pflegeleistung	Rechnungs- betrag		B e l e g N r.	Bezeichnung der/des Erkrank- ten A = Antragsteller/in E = Ehegatte/in L = Lebenspart- ner/in Bei Kindern Vorna- me	Datum der Rechnung	Art der Leistung bzw. Monat der Pflegeleistung	Rechnungs- betrag	
				Euro	Cent					Euro	Cent
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	

Ambulante Pflege / Ambulante zusätzliche Betreuungsleistungen

Verhinderungs- / Kurzzeitpflege (Erstattungsnachweis der Pflegeversicherung beifügen)

Vollstationäre Pflege (Einkommensänderungen sind mitzuteilen) / Behindertenhilfe

Pflegehilfsmittel (Erstattungsnachweis der Pflegeversicherung beifügen)

Zwischensumme 2

Zwischensumme 3

Zwischensumme 2

Zwischensumme 1

Gesamtsumme

Pflegepauschale für _____
(Name)

Pflegestufe ____

☐

Ich beantrage für die dauernde häusliche Pflege die monatliche Pauschalbeihilfe für den Zeitraum

von _____ bis _____
(im voraus höchstens für 6 Monate)

**Angaben soweit die pflegende Person
rentenversichert wurde**

Name , Vorname, Anschrift

Rentenversicherungsnummer

**Bei Versicherungspflicht der pflegenden Person bitte
die Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung
zur Rentenversicherung beifügen!**

**Die Überweisung der Beihilfe erfolgt grundsätzlich auf das Konto,
auf das auch Ihre Besoldung / Versorgung / Vergütung gezahlt wird.**

**Abweichende Bankverbindungen sind in folgenden
Ausnahmefällen zulässig (BITTE STETS UNTEN EINTRAGEN):**

- Ein Sonderkonto des Beihilfeberechtigten
- Für getrennt lebende Ehegatten / Lebenspartner sowie
infolge der Trennung aushäusig lebende Kinder
- Direktüberweisung an Krankenhäuser
- Sterbefall / Überleitung durch Sozialamt / Betreuung

***Kontodaten nur bei abweichender
Bankverbindung ausfüllen!***

Kontonummer

BLZ

Name des Geldinstituts

Name der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers

Anschrift

6	Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt oder werden solche Renten bereits gezahlt? ☐ nein ☐ ja ↓			
	bei		Antragsdatum	Ist der Antrag abgelehnt worden? ☐ nein ☐ ja ☐ noch nicht entschieden
	für (Vorname(n), Familienname)			Rentenhöhe:
7	Haben Sie oder Ihre Angehörigen eine sonstige eigene Beihilfeberechtigung? ☐ nein			
	☐ Ja, aufgrund einer beamtenrechtlichen Versorgung		wer:	
	☐ Ja, aufgrund eines Dienstverhältnisses im öffentlichen Dienst als Beamtin/Beamter		wer:	
	☐ Ja, aufgrund eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses		wer:	
	☐ Ja, aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses		wer:	
		gegenüber wem:		seit:
8	Sind Angehörige bei einer/einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig ☐ nein ☐ ja ↓			
	Wer?			
	Bei wem (z. B. Dienstherr, Arbeitgeber usw.)?			
9	Familienstandsbezogene Angaben			
	Familienstand ☐ ledig	verheiratet seit / Lebenspartnerschaft seit	geschieden oder verwitwet seit / Lebenspartnerschaft aufgehoben seit	Name(n) der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners
	Geburtsdatum			
	Ist die Ehegattin/der Ehegatte (auch die/der geschiedene/getrennt lebende) bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner (auch die/der getrennt lebende oder bei aufgehobener Lebenspartnerschaft) beziehungsweise die Mutter/der Vater berücksichtigungsfähiger gemeinsamer Kinder selbst beihilfeberechtigt ? ☐ nein ☐ ja Bei wem?			
	Personalnummer wenn beim FVA?			
Wer soll den höheren Bemessungssatz erhalten (§6 Abs. 1 Satz 3 BhVO) ? ☐ Antragstellerin/Antragsteller ☐ andere(r) Beihilfeberechtigte(r) der berücksichtigungsfähigen gemeinsamen Kinder				
				Unterschrift des anderen Beihilfeberechtigten

↓ Bitte nachfolgende Fragen bei jeder Antragstellung beachten ↓				
10	Immer ausfüllen, wenn Aufwendungen für die Ehegattin / den Ehegatten, die Lebens- partnerin / den Lebenspartner geltend gemacht werden	Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartners im Vorvorkalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags den Betrag von 18.000 €? ☐ nein ☐ ja		
		Nur beantworten, wenn die 1. Frage mit ja beantwortet wurde. Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich übersteigen? ☐ nein ☐ ja		
11	Immer ausfüllen bei Verletzungen, Unfällen oder anderen schädigenden Ereignissen	Die verletzungs- / unfallbedingten Aufwendungen sind entstanden durch		
		☐ ein Ereignis im privaten Bereich	☐ einen Dienstunfall (Rechnungen sind mit dem Vordruck „Antrag auf Erstattung von Aufwendungen im Rahmen der Dienstunfallfürsorge“ bei der Dienststelle einzureichen und nicht direkt bei der Beihilfestelle)	☐ eine Berufskrankheit
		☐ einen Schulunfall	☐ einen Kindergartenunfall	☐ ein anderes schädigendes Ereignis
		Besteht für die verletzungs- / unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung (z. B. auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, beamtenrechtlichen Unfallfürsorge oder nach dem Opferentschädigungsgesetz)? ☐ nein ☐ ja		
		☐ Verletzung / Unfall wurde durch Eigenverschulden verursacht => Bitte Sachverhalt / Hergang auf neutralem Papier kurz darlegen! ☐ Verletzung / Unfall wurde durch Dritte verursacht => Bitte Unfallvordruck vom Finanzverwaltungsamt anfordern bzw. aus dem Internet (www.schleswig-holstein.de) herunterladen und diesem Antrag ausgefüllt beilegen! Enthalten Rezepte bzw. Rechnungen nur teilweise unfallbedingte Aufwendungen, dann sind die betroffenen Positionen entsprechend zu kennzeichnen.		
Datum der Verletzung / des Unfalls:		Unfallvordruck Finanzverwaltungsamt ☐ ist beigefügt ☐ liegt bereits vor	Betroffen sind die Belege Nr. :	
12	Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für die Behandlung durch einen nahen Angehörigen (z.B als Arzt) geltend gemacht werden.	Um welche Aufwendungen handelt es sich? - Beleg Nr. (Als nahe Angehörige gelten: Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person)		
13	Nur ausfüllen, wenn die private Versicherung individuelle Leistungsausschlüsse enthält.	Die nachstehend angegebenen Belege enthalten Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder auf Dauer eingestellt worden sind. Beleg Nr.: Bitte Nachweis über Ausschluss beifügen (Vers.-Scheine o. Ä.)		
14	Nur ausfüllen in Todesfällen	Name der/des Verstorbenen:		Todestag:
15	Nur ausfüllen, wenn Sie einen Abschlag erhalten haben	Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten in Höhe von €:		Bescheid vom:

16	Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Beihilfebewilligung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Nachlässe auf die Kosten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.	
	Mir ist auch bekannt, dass ich verpflichtet bin, die Beihilfe für meine Ehegattin/meinen Ehegatten bzw. meine Lebenspartnerin/meinen Lebenspartner zurück-zuzahlen, falls die Angaben über die Höhe ihrer/seiner Einkünfte unzutreffend sind oder durch die nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (nach Festsetzung des Finanzamtes) unzutreffend werden.	
	Mir ist weiter bekannt, dass ich im Falle bewusst unrichtiger oder unvollständiger Angaben sowie Verfälschung von Belegen strafrechtlich und disziplinarrechtlich verfolgt werde. Arbeitnehmer haben mit einer Kündigung zu rechnen.	
	Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.	
Ort, Datum:		Unterschrift:

Bitte den oberen Bereich auf Seite 1 vollständig ausfüllen und sämtliche Rezepte / Rechnungen auf Seite 2 / 3 eintragen !