

**Vertrauliche Beihilfeangelegenheit**

Thüringer Landesfinanzdirektion
- Beihilfestelle Land -

Am Burgblick 23
07646 Stadtroda

Antragssumme : €

Keine Leervordrucke zusenden

Eingangsstempel

Antrag auf Beihilfe

in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen
nach den Beihilfevorschriften (BhV) des Bundes

Bitte folgende Formulare zusenden

Beihilfeantrag (4-seitig)

Kurzantrag

Name, Vorname, Amtsbezeichnung	Geburtsdatum	Personal-/Kenn-Nummer
Anschrift (nur bei Änderung oder Erstantrag bei dieser Festsetzungsstelle)	Tel. dienstlich	Tel. privat (freiwillige Angabe)

Zutreffendes bitte ankreuzen, ggf. Spalten deutlich ausfüllen.

(Bei **erstmaliger Antragstellung** bei dieser Festsetzungsstelle sind durchgängig vollständige Angaben und die Vorlage der Ernennungsurkunde in Kopie notwendig.)

Beachten Sie bitte die Voreinstellung bei den anzukreuzenden Optionen!

1. Angaben zur Beschäftigung

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben folgende Änderung

Dienststelle/Pensionsregelungsbehörde, Ort, Dienststellen-Nr.		seit	Versorgungsempfänger(in) seit
teilzeitbeschäftigt von - bis -	mit Wochenstunden (Anzahl)	befristet beschäftigt von - bis -	
Elternzeit von - bis -	Beurlaubung ohne Dienstbezüge gem. § 76 Abs. 4 S.1 Nr. 2 ThürBG von - bis -	sonstige Beurlaubung ohne Dienstbezüge vom - bis zum (Rechtsgrundlage) -	

2. Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben folgende Änderung

1. Kind - Vorname * geboren am	2. Kind - Vorname * geboren am
3. Kind - Vorname * geboren am	4. Kind - Vorname *, ** geboren am
Wegfall eines Kindes aus dem Familienzuschlag Vorname ab	Wiederaufnahme eines Kindes in den Familienzuschlag nach einer Unterbrechung (z.B. Wehr- oder Zivildienst) Vorname ab

* ggf. abweichender Familienname

** weitere berücksichtigungsfähige Kinder bitte auf gesondertem Blatt angeben

3. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen ?

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben

folgende Änderung

Personen	Private Krankenversicherung *	Gesetzliche Krankenversicherung			Freie Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenersatzungsanspruch**	Keine Krankenversicherung
		pflichtversichert (§ 5 SGB V)	freiwillig versichert (§ 9 SGB V)	familienversichert (§ 10 SGB V)		
	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)
Beihilfeberechtigte/r						
Ehegatt(e)in						
1. Kind						
2. Kind						
3. Kind						
4. Kind ***						

* Bei erstmaliger Antragstellung sowie bei jeder Tarifumstellung oder -änderung (nicht: Beitragsänderung) bitte einen Nachweis beifügen.

** Bitte Nachweis oder Bescheid über den Grundanspruch beifügen.

*** weitere Kinder bitte auf gesondertem Blatt angeben

Bei **privater Krankenversicherung** ist als Nachweis eine Kopie des aktuellen Versicherungsscheines notwendig. Zu den **gesetzlichen Krankenversicherungen** gehören z.B. AOK, BKK, Ersatzkassen und knappschaftliche Krankenversicherung. Ein Anspruch auf **Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenersatzung** kann z. B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen bestehen.

Hier auch etwaige Änderungen des Versicherungsschutzes bei Rentenanspruch oder Arbeitslosigkeit eintragen.

4.1 Besteht für Sie oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine anderweitige Beihilfeberechtigung?

nein

ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben

ja, folgende Änderung: Beihilfeberechtigung aufgrund

des Erhalts von Versorgungsbezügen (§ 2 BeamVG)	Wer
eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst	Wer
eines Beschäftigungsverhältnisses bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen usw.	Wer
eines Abgeordnetenverhältnisses	Wer
als Beamter/Beamtin Arbeitnehmer(in) Abgeordnete(r) Versorgungsempfänger(in)	
gegenüber wem?	ab wann ?

4.2 Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt (z.B. vom Arbeitgeber oder RV-Träger)?

nein

ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben

ja, folgende Änderung:

Welcher Person (Name, Vorname)	ab dem	Höhe des monatlichen Zuschusses
--------------------------------	--------	---------------------------------

5. Ist ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger bei einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?

nein

ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben

ja, folgende Änderung: ab (Datum)

Welche Person (Name, Vorname)	bei wem (Aufwendungen können nur mit Originalbelegen geltend gemacht werden)
-------------------------------	--

6. Werden Aufwendungen für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten geltend gemacht?

nein

ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben

ja, folgende Änderung:

Name, Vorname des Ehegatten	Geburtsdatum	verheiratet/geschieden/verwitwet seit
Überstiegen die Einkünfte Ihres Ehegatten (§ 2 Abs. 3 EStG) im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung den Betrag von 18.000 EUR ? *		
		nein ja
Falls ja, werden im laufenden Kalenderjahr noch Einkünfte über 18.000 EUR erzielt?		nein ja

* Nachweis wird ggf. angefordert

7. Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis?

nein ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben ja (Unfallschilderung beifügen), es handelt sich um:
Belegnummer:

einen Dienstatunfall	einen Arbeitsunfall	einen Schulunfall	einen sonstigen Unfall	ein anderes schädigendes Ereignis (z.B. Berufskrankheit)
Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)? <Bitte auch die Belege mit "Unfall" kennzeichnen>				
Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht?*				
nein ja				
Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Ersatzpflichtigen, Aktenzeichen, Versicherung, Versicherungsnummer				

* zu den Ansprüchen auf Kostenerstattung gehören auch Ansprüche z.B. gegen Schulträger, Sportvereine etc.

8. Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen (als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Heilbehandler usw.) geltend gemacht?

nein ja, die/der Behandelnde ist

Ehegatte	Kind	Elternteil der behandelten Person	Beleg-Nr.:
			Bitte Nachweis über entstandene Sachkosten beifügen

9. Wird eine Pauschalbeihilfe für häusliche Pflege geltend gemacht?

nein ja Leistungszusage mit Pflegestufe der Pflegeversicherung liegt vor liegt bei

Name der pflegebedürftigen Person	Name der Pflegeperson	Pflegestufe I II III
Zeitraum (vom bis zum) -	Unterbrechung der Pflege Grund:	nein ja --> Zeitraum (vom bis zum) -

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

nein ja, folgende

Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)?	Betrag (in Euro)	Nachweis-Versicherungsschein über Ausschluss usw. bitte beifügen, soweit nicht vorliegend
---	------------------	--

11. Auszahlung der Beihilfe

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten.	Betrag (in Euro):	am:
Die Auszahlung soll erfolgen bar * auf mein bekanntes Konto auf nachstehendes Konto	Konto-Nr.	BLZ
bei (Geldinstitut mit Ortsangabe)	Name des Kontoinhabers (falls abweichend von dem/der Antragsteller/in)	

Erklärung:

Ich versichere die Richtigkeit 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 beigelegt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

Datum	Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten oder des Bevollmächtigten Bitte hier unterschreiben:	--> Vollmacht liegt vor	liegt bei
-------	---	-------------------------	-----------





Zusammenstellung der Aufwendungen

Vom Antragsteller auszufüllen							
Bitte nach Belegen des Beihilfeberechtigten (B), des Ehegatten (E) und der Kinder (K) sortiert eintragen und ankreuzen							
Beleg Nr.	Datum der Rechnung	B	E	K	Art der Leistung (z.B. ärztliche Behandlung, Krankenhaus, Rezept, Hilfsmittel)	Rechnungsbetrag EUR, Cent	Kostenerstattung von anderer Seite in EUR falls kein Prozenttarif EUR, Cent
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							

Dieses Formular finden Sie unter www.thueringer-landesfinanzdirektion.de