

Antrag auf Beihilfe

Bitte Zutreffendes ankreuzen ☒ oder deutlich ausfüllen

0024



--	--	--	--	--	--	--	--

Achtstellige **Personalnummer der ZBV** bitte in vorgesehene Spalten **eintragen**

Abs. _____

Name/Vorname des/der Antragsteller/in:

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort):

Geburtsdatum:

Tel. dstl.:

priv.:

Bei erstmaliger Antragstellung mit diesem Vordruck:

Bitte alle Fragen beantworten

Bei wiederholter Antragstellung:

Haben sich Änderungen bei den Fragen Nr. 1 bis 6 gegenüber den Angaben im letzten Antrag auf Beihilfe ergeben

☐ nein, **weiter bei Nr. 7**

☐ ja, **Nr. 1 bis 6 vollständig ausfüllen**

Beschäftigungsstelle:

▶ Nur ausfüllen, wenn **keine** Versorgungsbezüge empfangen werden ▼

Amts-/Dienstbezeichnung:

1 Im öffentlichen Dienst beschäftigt seit:

☐ teilzeitbeschäftigt seit:
Anzahl der Wochenstunden:

☐ Dienst-/Arbeitsverhältnis befristet:
von: bis:

Ohne Bezüge beurlaubt von:

bis:

☐ Elternzeit

☐ sonstiger Grund:

Haben Sie im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen Krankenbezüge bezogen? ☐ nein ☐ ja, von:

bis:

▶ Nur ausfüllen, wenn Versorgungsbezüge empfangen werden ▼

Beziehen Sie mehrere Versorgungsbezüge ☐ nein ☐ ja, von:

2 Ich bin ☐ ledig oder seit: _____ ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden ☐ getrennt lebend

3 Haben Sie oder Ihre Angehörigen (Ehegattin, Ehegatte oder Kinder) einen Anspruch auf:

a) **Heilfürsorge** nach Beamten- oder Soldatenrecht?

☐ nein

☐ ja ▼

b) **Krankenhilfe** nach Bundesversorgungs-, Lastenausgleichs-, Bundesentschädigungs-, Entwicklungshelfergesetz?

☐ nein

☐ ja ▼

c) **Krankenfürsorge** nach dienst- oder arbeitsvertraglichen Regelungen?

☐ nein

☐ ja ▼

Bitte Nachweis oder Bescheid über Art und Höhe der Ansprüche beifügen

4 Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen (Ehegattin, Ehegatte, Kinder) / **siehe Fußnote¹⁾**

Personen – bei Angehörigen bitte Vornamen und – falls abweichend – Familienname angeben	nicht kranken- ver- sichert	Kurzbe- zeichnung der Krankenkasse / -versicherung	privat versichert			gesetzliche Kranken- oder Ersatzkasse (AOK, BEK etc.)				dieser Ver- sicherungs- schutz besteht seit
			Prozent- tarif	Fest- kosten tarif	Zusatz-/ sonstige Tarife ²⁾	pflicht- versichert	frei- versichert	rentnerpflicht- versichert	familien- versichert	
Antragsteller/in (A)	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	E ☐	
Ehegatte/-gattin (E)	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	A ☐	
Kind - Geburtsdatum	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	A E ☐ ☐	
Kind - Geburtsdatum	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	A E ☐ ☐	
Kind - Geburtsdatum	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	A E ☐ ☐	
Kind - Geburtsdatum	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	A E ☐ ☐	

5 Wurden oder werden Zuschüsse (z.B. vom Rentenversicherungsträger), Arbeitgeberanteile oder dgl. zum Krankenversicherungs-/Krankenkassenbeitrag gewährt? ☐ ja

Wem?

Von wem?

Seit:

Höhe der Zuschüsse und dgl.:
mtl. EUR

Person:

mtl. EUR

☐ nein

6 Haben Sie oder Ihre Angehörigen eine sonstige eigene Beihilfeberechtigung? ☐ ja

☐ aufgrund einer beamtenrechtlichen Versorgung

wer:

☐ aufgrund eines Dienstverhältnisses im öffentlichen Dienst als Beamtin/Beamter

wer:

☐ aufgrund eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses

wer:

☐ aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses

wer:

gegenüber wem:

seit:

☐ nein

1) Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderungen im Versicherungsverhältnis sind dem Antrag entsprechende Nachweise der Versicherung beizufügen.

2) Hierunter fallen: Pflegekostenversicherungen, Auslands- (Reise)versicherungen, Ergänzungstarife für Zahnkosten, Wahlleistungen im Krankenhaus o.ä., nicht aber Tagesgeldversicherungen (Pflegefalltagedgeldversicherung, Krankenhaus-tagedgeldversicherung, Krankentagedgeldversicherung).

Zusammenstellung der Aufwendungen

Bitte Rechnungen und Rezepte **einzeln** – nach Aufwendungen getrennt – eintragen.

Wichtiger Hinweis zu Seite 2: Auch Kostenerstattungen von anderer Seite in Spalte 5 sind durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung nachweislich nach einem Vomhundertsatz (Prozenttarif) bemessen werden, ist kein Einzelnachweis erforderlich.

Bei stationärer Behandlung mit Wahlleistung ist immer die Wahlleistungsvereinbarung mit einzureichen.

A. Aufwendungen – ohne dauernde Pflege –

[illegible][illegible]

▼ **Kinder - Vorname**

[illegible]

Summe 1

Summe 2

Gesamtsumme in EURO

Die Summenfelder bitte stets ausfüllen!

B. Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

I	Ich beantrage eine Beihilfe für:	
	☐ Häusliche Pflege durch	➔ ☐ Selbstbeschaffte Pflegekräfte/Pauschalbeihilfe
		➔ ☐ Vertrags- (Berufs-) Pflegekräfte
	☐ Teilstationäre Pflege	
	☐ Kurzzeitpflege	
	☐ Stationäre Pflege	
	☐ Betreuung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung der Behindertenhilfe	
☐ Pflegehilfsmittel/Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes		
☐ Zusätzliche Betreuungsleistungen		

II	Der Leistungsbescheid der Pflegekasse/-versicherung		
	☐ ist beigelegt	☐ wird nachgereicht	☐ liegt der Festsetzungsstelle vor

III Welche Pflegeversicherung besteht für Sie und Ihre Angehörigen (Ehegattin, Ehegatte oder Kinder)						
Personen - bei Angehörigen bitte Vornamen und - falls abweichend - Familien- name angeben	nicht pflege- versichert	Kurzbezeichnung der Pflegekasse/ Pflegeversicherung	private	soziale		dieser Versicherungs- schutz besteht seit:
			v.H.-Satz	selbst versichert	familien- versichert bei	
Antragsteller (A)	☐ ▼			☐	E ☐	
Ehegattin/Ehegatte (E)	☐ ▼			☐	A ☐	
Kind - Geburtsdatum	☐ ▼			☐	A E ☐ ☐	
Kind - Geburtsdatum	☐ ▼			☐	A E ☐ ☐	
		➔ Grund:				

IV	für (gepflegte Person)	Pflegestufe I von – bis	Pflegestufe II von – bis	Pflegestufe III von – bis	Die Pflege war unterbrochen von – bis ¹⁾
	1) Unterbrechungszeiten wegen stationärer Krankenhausbehandlung etc. der gepflegten Person oder Verhinderung (Urlaub, Krankheit) der Pflegeperson.				
► Angaben bei Pauschalbeihilfe zu den selbstbeschafften Pflegekräften					
	für (gepflegte Person)	Name, Vorname der Pflegeperson		Die Pflegeperson pflegte von – bis	

Zusammenstellung der Pflegeaufwendungen

Person	B e l e g - Nr.	Datum der Rechnung	Rechnungs- betrag		Kostenerstattung von anderer Seite (Leistungen nach einem Prozenttarif brauchen Sie hier nicht anzugeben)		Nur von der Fest- setzungs- stelle auszufüllen	B e l e g - Nr.	Datum der Rechnung	Rechnungs- betrag		Kostenerstattung von anderer Seite (Leistungen nach einem Prozenttarif brauchen Sie hier nicht anzugeben)		
			EUR	Ct	EUR	Ct				EUR	Ct	EUR	Ct	
1	2	3	4		5		6	2	3	4		5		6

C. Aufwendungen zur Säuglings- und Kleinkinderausstattung

	☐ Ich beantrage den Pauschalbetrag zur Säuglings- und Kleinkinderausstattung für:		
	Vor-/Familienname des/r Kindes/r	Geburtsdatum	Geburtsurkunde ▼
			☐ liegt bei ☐ liegt bereits bei OFD-ZBV vor
			☐ liegt bei ☐ liegt bereits bei OFD-ZBV vor

7 Kinder, sofern nicht im Familien-/Orts-/Sozialzuschlag der/des Antragstellerin/s berücksichtigt			
Vor-/Familienname	Geburtsdatum	Im F-, O-, S- Zuschlag berücksichtigt	Kinder nach Vollendung des 18. Lebensjahres
		☐ ja, bei wem? _____ ☐ nein von _____ bis _____	in Ausbildung ☐ nein ☐ ja ▼ Ausbildungsnachweis liegt ☐ bei ☐ vor
		☐ ja, bei wem? _____ ☐ nein von _____ bis _____	in Ausbildung ☐ nein ☐ ja ▼ Ausbildungsnachweis liegt ☐ bei ☐ vor
		☐ ja, bei wem? _____ ☐ nein von _____ bis _____	in Ausbildung ☐ nein ☐ ja ▼ Ausbildungsnachweis liegt ☐ bei ☐ vor

8 War ein Behandler (Arzt, Heilpraktiker, Krankengymnast, Pflegeperson, etc.) nahe Angehöriger?	Nahe Angehörige sind Ehegatte/-gattin, Kinder, Eltern der jeweils behandelten Person; im Falle einer vorübergehenden häuslichen Pflege (§ 4 Abs. 1 Nr. 12 BVO), einer Familien-/Haushaltshilfe (§ 4 Abs. 4 BVO) auch Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne/-töchter, Schwäger/innen, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger. ☐ ja	☐ nein
Um welche Belege handelt es sich? Beleg-Nr.: _____		

9 Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für - die Ehegattin / den Ehegatten geltend gemacht werden	Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____	
	Hatte Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte im zweiten Kalenderjahr vor der Antragstellung Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb, selbständiger/nichtselbständiger Arbeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung oder sonstige Einkünfte, die in der Summe 20.450,00 EUR übersteigen? ☐ ja ▼	☐ nein
	Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr den Betrag von 20.450,00 EUR ebenfalls übersteigen? ☐ ja	☐ nein

10 Nur ausfüllen bei Unfällen jeder Art Verletzungen oder anderen schädigenden Ereignissen	Die Aufwendungen zu Beleg-Nr.: _____ sind entstanden durch ein/en ☐ Dienstatunfall ☐ Arbeitsunfall ☐ Unfall im privaten Bereich ☐ Schulunfall ☐ Kindergartenunfall ☐ anderes schädigendes Ereignis am _____ (Datum/Tag des Unfalls). ☐ Berufskrankheit	
	Eine Unfallschilderung (evtl. mit Name und Anschrift des Ersatzpflichtigen) ist beigelegt ☐ / liegt vor ☐ .	Unfallschilderung nicht erforderlich

11 Nur ausfüllen, wenn die private Versicherung Leistungsausschlüsse enthält	Die nachstehend aufgeführten Belege enthalten Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen - trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung - ausgeschlossen oder auf Dauer eingestellt worden sind. Beleg-Nr.: _____ Bitte Nachweis über Ausschluss beifügen (Versicherungsscheine o.ä.)
--	---

12 Nur ausfüllen von männlichen Antragstellern, bei Aufwendungen für Kinder , mit deren Mutter er nicht verheiratet ist	Ich habe die Aufwendungen zu Beleg-Nr.: _____ in voller Höhe selbst getragen, die Aufwendungen zu Beleg-Nr.: _____ nur in Höhe von EUR _____ getragen. Zahlungsnachweis ist beigelegt.
---	--

13 Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen im Ausland entstanden sind	Besteht Anspruch auf Leistungen aus einer Auslands- (Reise) versicherung? ☐ ja, bei welcher Versicherung _____ ☐ nein Bitte Nachweise über die Höhe der Versicherungsleistung beifügen
--	---

14 Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für - Vertrags- (Berufs-) Pflegekräfte oder - stationäre Pflege geltend gemacht werden	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Erhalten Sie (A) oder Ihr/e Ehegatte/in (E)</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">ja,</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">wer?</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">nein</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">a) Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐ A ☐ E</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">b) Renten aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐ A ☐ E</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">c) Renten aus einer zusätzl. Alters- und Hinterbliebenenversorgung für Angehörige des öffentlichen Dienstes</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐ A ☐ E</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">d) Versorgung aus der Verwendung im öffentlichen Dienst einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung gem. § 56 BeamtVG</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐ A ☐ E</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">e) Erwerbseinkommen</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐ A ☐ E</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">f) Dienst- oder Versorgungsbezug</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐ A ☐ E</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;">Die mit ja gekennzeichneten Einkunftsarten sind durch entsprechende Unterlagen nachzuweisen. Diese sind beigelegt ☐ / liegen der OFD-ZBV vor ☐</td> </tr> </table>	Erhalten Sie (A) oder Ihr/e Ehegatte/in (E)	ja,	wer?	nein	a) Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung	☐	☐ A ☐ E	☐	b) Renten aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung	☐	☐ A ☐ E	☐	c) Renten aus einer zusätzl. Alters- und Hinterbliebenenversorgung für Angehörige des öffentlichen Dienstes	☐	☐ A ☐ E	☐	d) Versorgung aus der Verwendung im öffentlichen Dienst einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung gem. § 56 BeamtVG	☐	☐ A ☐ E	☐	e) Erwerbseinkommen	☐	☐ A ☐ E	☐	f) Dienst- oder Versorgungsbezug	☐	☐ A ☐ E	☐	Die mit ja gekennzeichneten Einkunftsarten sind durch entsprechende Unterlagen nachzuweisen. Diese sind beigelegt ☐ / liegen der OFD-ZBV vor ☐			
Erhalten Sie (A) oder Ihr/e Ehegatte/in (E)	ja,	wer?	nein																														
a) Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung	☐	☐ A ☐ E	☐																														
b) Renten aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung	☐	☐ A ☐ E	☐																														
c) Renten aus einer zusätzl. Alters- und Hinterbliebenenversorgung für Angehörige des öffentlichen Dienstes	☐	☐ A ☐ E	☐																														
d) Versorgung aus der Verwendung im öffentlichen Dienst einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung gem. § 56 BeamtVG	☐	☐ A ☐ E	☐																														
e) Erwerbseinkommen	☐	☐ A ☐ E	☐																														
f) Dienst- oder Versorgungsbezug	☐	☐ A ☐ E	☐																														
Die mit ja gekennzeichneten Einkunftsarten sind durch entsprechende Unterlagen nachzuweisen. Diese sind beigelegt ☐ / liegen der OFD-ZBV vor ☐																																	

15 Nur ausfüllen, wenn die Auszahlung nicht auf das Gehalts- , sondern ein anderes Konto erfolgen soll	Bankleitzahl: _____ Geldinstitut: _____ Kontonummer: _____ Kontoinhaber: _____
--	---

16 Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt. Evtl. anderen Beihilfeberechtigten gezahlte Beihilfen zu den selben Aufwendungen sind angegeben (S. 2,3; Sp. 5).
Datum: _____ Unterschrift: _____