Antrag auf Zahlung einer Beihilfe

Anlage 7

Antragsteller/in Name, Vorname | Beihilfenummer | Geburtsdatum

Dienststelle

E-Mailadresse dienstlich

E-Mailadresse privat – *Angaben freiwillig -*

Telefonnummer dienstlich

Telefonnummer privat – *Angaben freiwillig -*

Zentrale Scanstelle
Beihilfe
32746 Detmold

Zutreffendes bitte [X] ankreuzen oder ausfüllen (PC oder Schreibmaschine, möglichst nicht handschriftlich)

Bitte keine Originalbelege beifügen und die Kopien nicht klammern oder heften

(Bitte Anmerkung 2 beachten.)

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sowie den nachträglichen Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag sofort der Beihilfestelle anzuzeigen habe.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher eine Beihilfe nicht beantragt.

Die Daten werden mit meinem Einverständnis nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung erhoben (§§ 3 und 12 BVO).

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Bruttobezüge des vorangegangenen Kalenderjahres zur Ermittlung der Belastungsgrenze (§ 15 BVO) für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags verweigern und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann; die Berücksichtigung der Belastungsgrenze ist in diesem Fall nicht möglich.

Mit der entsprechenden Verarbeitung meiner Bruttobezüge für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags bin ich nicht einverstanden. ☐ (ggf. bitte ankreuzen)

Datum, Unterschrift	Gesamtbetrag der Aufwendungen ca.	Anzahl der Belege (s. Anmerkung 8)
	, – €	

Es werden **Pflegeaufwendungen** nach § 5 ff. BVO geltend gemacht ☐ Ja
(Bitte zusätzlich Anlage "Pflege" ausfüllen)

Erstantrag oder hat sich Ihre Bankverbindung geändert? ☐ Nein

☐ Ja **Bitte ausfüllen**:

IBAN: Eingabe bitte **vier Zeichen -** soweit vorhanden **- pro Spalte**								**BIC**

Erstantrag oder hat sich die Adresse, an die der Bescheid gesandt wird, geändert? ☐ Nein

☐ Ja **Bitte ausfüllen**:

Straße, Hausnummer | Postleitzahl, Ort

Bei wiederholter Antragstellung:

Haben sich Änderungen zu den Nummern 1 bis 6 gegenüber den Angaben im letzten Beihilfeantrag ergeben?

☐ **Ja** **Bitte Nummern 1 bis 9 vollständig ausfüllen**

☐ **Nein** **Bitte weiter bei Nummer 7**

1 Angaben zum Beschäftigungsumfang

Vollbeschäftigung:

☐ Ja

Nur Tarifbeschäftigte:
Begründung des jetzigen ununterbrochen bestehenden Beschäftigungsverhältnisses vor dem 01.01.1999

☐ ja ☐ nein

Beurlaubung ohne Bezüge in den letzten 12 Monaten:

☐ Nein

☐ Ja vom bis

Grund:

☐ Nein Zahl der Wochenstunden:

2 Angaben zu berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Name, Vorname	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ	Kinderbezogener Anteil im Familienzuschlag steht mir zu (s. Anmerkung 3 und 4)	Anderem Elternteil steht der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zu	Angaben zu Berufstätigkeit usw. (zum Ausfüllen s. Anmerkung 7)	von TT.MM. JJJJ	bis TT.MM. JJJJ
Ehegatte / eingetragener Lebenspartner						
Kind 1 (K 1)						
Kind 2 (K 2)						
Kind 3 (K 3)						
Kind 4 (K 4)						
Kind 5 (K 5)						

3 Krankenversicherungsschutz

Bei Erstantrag bitte vollständig ausfüllen, auch wenn für einzelne der nachstehenden Personen keine Beihilfe beantragt wird, und Versicherungsschein oder –bescheinigung beifügen.

Versicherte Person	Private Krankenversicherung			Gesetzliche Krankenversicherung						
	Normaltarif	Basistarif	zusätzliche Auslandvers.	Kostenerst.	freiwillig	pflicht-	familienversichert	über	als Rentner	seit
Antragsteller/in (A)	☐	☐	☐	☐ ja	☐	☐			☐	
Ehegatte / eingetragener Lebenspartner (E)	☐	☐	☐	☐ ja	☐	☐	☐ A		☐	
K 1	☐	☐	☐	☐ ja	☐	☐	☐ A	☐ E	☐	
K 2	☐	☐	☐	☐ ja	☐	☐	☐ A	☐ E	☐	
K 3	☐	☐	☐	☐ ja	☐	☐	☐ A	☐ E	☐	
K 4	☐	☐	☐	☐ ja	☐	☐	☐ A	☐ E	☐	
K 5	☐	☐	☐	☐ ja	☐	☐	☐ A	☐ E	☐	

Bei einem Wechsel der Krankenversicherung: Bei welcher Person und wann hat dieser stattgefunden? (Bitte neue Bescheinigung beifügen.)

Name, Vorname		Zeitpunkt TT.MM.JJJJ

4 Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

Steht Ihnen oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (z.B. aus Arbeitsvertrag, vom Rentenversicherungsträger) zu?

☐ Nein ☐ Ja (bitte ausfüllen)

Name, Vorname	KV-beitrag im Antragsmonat	Zuschuss im Antragsmonat	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt vor
	€	€		
	€	€		

5 Nur ausfüllen für Personen mit Rentenanspruch

Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?

☐ Nein ☐ Ja (bitte ausfüllen)

Name, Vorname		TT.MM.JJJJ
	am:	
	am:	

6 Angaben zu dem Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten / eingetragenen Lebenspartners

Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) des **Ehegatten / Lebenspartners** im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen? ☐ Ja ☐ Nein

(Bei erstmaligem Rentenbezug ab 1.1.2004 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag), s. auch Anmerkung 6

noch nicht absehbar ☐

Wird diese Einkunftsgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten? ☐ Ja ☐ Nein

noch nicht absehbar ☐

7 Vorrangige Ansprüche auf Leistungen im Krankheitsfall nach anderen Rechtsvorschriften

Bestehen zu den geltend gemachten Aufwendungen Ansprüche aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften (z.B. gesetzliche Unfallversicherung, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz) oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen?

☐ Nein ☐ Ja (bitte ausfüllen)

Name, Vorname	Art des Anspruchs	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt vor
		☐	☐
		☐	☐

8 Werden Aufwendungen aufgrund von Unfällen geltend gemacht?

☐ Nein

☐ Ja (bitte Belege mit **U** kennzeichnen)

Es handelt sich um einen

- Dienstunfall
- Arbeitsunfall
- Unfall im privaten Bereich
- Unfall im Kindergarten
- Unfall in der Schule
- Unfall beim Studium

Die Unfallschilderung liegt bei ☐ liegt vor ☐

Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?

☐ Nein ☐ Ja (bitte besonderen Vordruck **Unfallbericht** ausfüllen.)

9 Werden Aufwendungen aus den nachfolgend genannten Bereichen geltend gemacht?

☐ Nein ☐ Ja (bitte ausfüllen)

Die **Behandlung** erfolgte **durch einen nahen Angehörigen**, hierzu zählen: Ehegatte / eingetragener Lebenspartner, Eltern oder Kinder der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch Enkelkinder, Geschwister, Großeltern, Verschwägerte ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person.	☐ Ja (bitte Belege oben rechts mit **A** kennzeichnen)
Es wurden oder werden **Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz** (BVG) in Anspruch genommen	☐ Ja (bitte Belege oben rechts mit **G** kennzeichnen)

10 In Geburtsfällen und bei Adoptionen

Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO wird beantragt	☐ Ja

Drucken **Alle Eingaben löschen**

Anmerkungen

1. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungs- bzw**.** Kaufdatum beantragt wurde. Für den Fristablauf ist der Tag des Antragseingangs bei der Beihilfestelle maßgeblich. Der Bemessungssatz richtet sich nach den Verhältnissen im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.

2. **Bitte legen Sie <u>keine Originalbelege</u> vor**, da alle eingesandten Belege nach der elektronischen Erfassung vernichtet werden. Bitte fertigen Sie pro Beleg eine separate Kopie und beachten Sie, dass Kopien und Zweitschriften deutlich lesbar sein müssen.

3. Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder über 18 Jahre bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, solange sie für einen Beruf ausgebildet werden. Über das 25. Lebensjahr hinaus sind Kinder berücksichtigungsfähig, wenn sie in Schul- oder Berufsausbildung bzw. Studium sich befinden und den gesetzlichen Grundwehr- oder Zivildienstes geleistet haben, sich anstelle des gesetzlichen Grundwehrdienstes freiwillig für nicht mehr als drei Jahre zum Wehrdienst verpflichtet haben oder eine vom gesetzlichen Grundwehr- oder Zivildienst befreiende Tätigkeit als Entwicklungshelfer ausgeübt und sie diesen oder die Tätigkeit vor dem 1. Juli 2011 angetreten haben. Die Berücksichtigung erfolgt längstens für die Dauer des gesetzlichen Grundwehr- oder Zivildienstes. Eine Berücksichtigung kommt jedoch nicht in Betracht, wenn ein Kind den in Folge der Aussetzung der allgemeinen Wehrpflicht eingeführten freiwilligen Wehrdienst abgeleistet hat.

4. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt und ist mindestens ein Kind berücksichtigungsfähig, bitte ggf. Anlage „Kinder“ ausfüllen.

5. Bei Heilbehandlungen und Hilfsmitteln sowie bei Arznei- und Verbandmitteln legen Sie bitte neben der Rechnung die Verordnung einer Ärztin/eines Arztes bzw. einer Heilpraktikerin/eines Heilpraktikers vor.

6. Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG sind neben dem um die Werbungskosten bzw. den Arbeitnehmer-Pauschalbetrag verminderten Arbeitslohn insbesondere der zu versteuernde Anteil von Renten *(bei erstmaligem Rentenbezug ab 1.1.2004 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag)*, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, sowie Einkünfte aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit. Kapitaleinkünfte, die nach § 32d Abs. 1 EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert wurden oder die der Kapitalertragssteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Abs. 5 EStG unterlegen haben, sind den Einkünften, der Summe der Einkünfte und dem Gesamtbetrag der Einkünfte hinzuzurechnen (vgl. § 2 Abs. 5a EStG).

7. Bitte tragen Sie folgende Abkürzungen ein:

- Nicht erwerbstätig =	**NE**	- Eigene Beihilfeberechtigung z.B. im öffentlichen Dienst =	**ÖD**
- Schulausbildung =	**SB**	- Hochschulausbildung =	**HS**
- Elternzeit =	**EZ**	- Versorgungsempfänger/in =	**VE**
- Familienpolitischer Urlaub =	**FU**	- arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld I oder II =	**AL**
- Pflegezeit =	**PZ**	- Gesetzlicher Wehrdienst =	**GWD**
- Rentenbezieher/in =	**RE**	- Freiwilliger Wehrdienst =	**FWD**
- Berufstätig =	**BT**	- Zivildienst =	**ZD**
		- Freiwilligendienst =	**FD**

8. Als jeweils ein Beleg gelten z. B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung (s. Anmerkung 5) oder Rechnungen über das Zahnarzthonorar und Material- und Laborkosten.