



Antrag auf Gewährung einer Beihilfe



Antragsteller/in Name, Vorname

Beihilfe-Personalnummer

Geburtsdatum

Ihr Name, Vorname

siehe Beihilfeabrechnung

1002

1

Besoldungsabrechnung

Dienststellennr.

Recht

Dienststellenpersnr.

LKA 601200/11010000

nicht ausfüllen

Dienststellename

HHST/Kostenstelle

BBZ Beihilfe- und Beratungszentrum GmbH
Bruchstr. 54a
67098 Bad Dürkheim

Ihre privaten Kontaktdaten

Straße, Hausnummer / privat

Postleitzahl, Ort / privat

Telefonnummer dienstlich / privat - Angabe freiwillig -

E-Mailadresse dienstlich / privat - Angabe freiwillig -

Eintrittsdatum Beginn öffentl.- rechtliches Dienst- verhältnis	Austrittsdatum	Vergütungs- bzw. Besol- dungsgruppe (s. Anm. A) z.B. A 13 bzw. A14	Vollbeschäftigung zwingende Angabe <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Zahl der Wochenstunden/ Dienstumfang Soll: bei Vollb. = nein ist: zwingend
Im Ruhestand seit:		Beurlaubung ohne Dienstbezüge in den letzten 12 Monaten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Grund zwingende Angabe von _____ bis _____		
Familienstand: zwingende Angabe		seit:	Elternzeit: Antragsteller/in von _____ bis _____ Ehegatte/in, von _____ bis _____ Lebenspartner/in	

Bitte keine Originalbelege beifügen und die Kopien nicht klammern, heften oder kleben.

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner eingedruckten bzw. ergänzten Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen, den nachträglichen Wegfall des Kindergeldes, sowie die Änderung des Familienstandes sofort der Beihilfestelle anzuzeigen habe.

Dass wahrheitswidrige Angaben die Vertrauensgrundlage erheblich stören und zu rechtlichen Konsequenzen führen können, ist mir bekannt.

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

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

X zwingend im Original unterschrieben einzureichen

Datum, Originalunterschrift der/des Beihilferechtigten, der/des Bevollmächtigten

IBAN Ihre Bankverbindung	BIC
-----------------------------	-----

Kontoinhaber/in: _____

Es werden **Pflegeaufwendungen** nach § 5ff. BVO geltend gemacht Ja

(Bitte zusätzlich Anlage „Pflege“ ausfüllen) die Anlage Pflege ist nur bei "Ja" auszufüllen

Bei wiederholter Antragstellung:

Haben sich Änderungen zu den Nummern 1 bis 3 gegenüber den Angaben im letzten Beihilfeantrag ergeben?

Ja Bitte Nummern 1 bis 3 vollständig ausfüllen

Nein Bitte weiter bei Nummer 4 wenn sich keine Änderungen ergeben haben können die Nummern 1-3 übersprungen werden.

- A. Bitte beachten Sie, dass die Vergütungs- und Besoldungsgruppe mit der ruhegehaltsfähigen Zulage genannt werden muss (Beispiel: A14 bzw. A14 + Zulage nach A16).
- B. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn sie innerhalb von zwei Jahren nach Rechnungs- bzw. Kaufdatum beantragt wurde. Für den Fristablauf ist der Tag des Antrageingangs bei Ihrer Dienststelle oder bei der BBZ GmbH (Posteingangsstempel) maßgeblich. Der Bemessungssatz richtet sich nach den Verhältnissen zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.
- C. Bitte beachten Sie, dass Kopien und Zweitschriften deutlich lesbar sein müssen und dass Arzneimittelverordnungen die Apotheken- und die Pharmazentralnummer enthalten müssen und Ihre Belege nicht zurückgesandt werden.
- D. 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.

1 Angaben zu Angehörigen

Ehegatte/in, eingetragener Lebenspartner/in Name, Vorname ,	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ
---	----------------------------

Hat der/die Ehegatte/in eingetragene Lebenspartner/in einen eigenen Beihilfeanspruch? Ja Nein

Hat der/die Ehegatte/in, eingetragene Lebenspartner/in eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt? Ja, Nein
seit _____

Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) der/des Ehegatten/in, Lebenspartners/in im Kalenderjahr vor der Antragstellung € 18.000 überstiegen? Ja Nein
(siehe Anm. E) Noch nicht absehbar

Wird diese Einkunftsgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten? Ja Nein
 Noch nicht absehbar

Kinder Name, Vorname	Geburts- datum TT.MM.JJJJ	Besteht für Sie Anspruch auf Familienzuschlag im Behandlungszeitraum? (s. Anm. F und G)	fortlaufend bis Monat/ Jahr	Wegfall aus dem Familien- zuschlag ab	Wieder- aufnahme in den Familien- zuschlag ab	Erhalten Sie nach Wieder- aufnahme den Familien- zuschlag
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

E. 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 01.01.2004 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 unterliegen haben, sind den Einkünften, der Summe der Einkünfte und dem Gesamtbetrag der Einkünfte hinzuzurechnen (vgl. § 2 Abs. 5a EStG).

Sofern der Gesamtbetrag der Einkünfte noch nicht festgestellt werden kann, steht die Beihilfefestsetzung gemäß § 2.1.1.3 VVzBVO unter Vorbehalt. Die Beihilfestelle kann zur Ermittlung der Einkünfte und Bezüge Stichproben durchführen.

F. Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis 25. Lebensjahr ggf. zzgl. Zeit des Wehr- oder Zivildienstes), oder die arbeitslos sind (bis 21. Lebensjahr) und der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen. Wenn Sie nur noch Familienzuschlag für ein Kind erhalten, verringert sich ab diesem Zeitpunkt Ihr Beihilfebemessungssatz von 70 % auf 50 %. Sollten Sie privat krankenversichert sein, so achten Sie bitte darauf, Ihre private Krankenversicherung anzupassen.

G. Sind beide Elternteile aus einem eigenen Anstellungsverhältnis beihilfeberechtigt und sind mindestens zwei Kinder berücksichtigungsfähig, so erhält derjenige den erhöhten Bemessungssatz der auch den Familienzuschlag bekommt.

2 Krankenversicherungsschutz							
Bitte immer für den Antragsteller/in und ggf. für die Personen vollständig ausfüllen, für die Beihilfe beantragt wird. (s. Anm. H)							
Versicherte Person	Private Krankenversicherung	Zusatzversicherung	Gesetzliche Krankenversicherung				
			Freiwillig vers.	Pflichtvers.	Kostenerstattungsverfahren gewählt	Familienversichert über	Gesetzliche Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) seit
Antragsteller /in (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/>
Ehegatte/in eingetrag. Lebenspartner/in (E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/>
Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>

3 Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag				
Steht Ihnen oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (z. B. aus einem Arbeitsvertrag, vom Rentenversicherungsträger) zu?				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Betreffende Person	KV-beitrag im Antragsmonat	Zuschuss im Antragsmonat	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt BBZ vor
	€	€	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	€	€	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

H. Gesetzlich Versicherte: Bitte legen Sie unaufgefordert bei jeder Änderung Ihres Versicherungsverhältnisses bzw. des Versicherungsverhältnisses Ihrer Angehörigen eine Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse vor, aus der hervorgeht, ob Sie und/oder Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen freiwillig oder pflichtversichert sind und ob Sie und/oder Ihre Angehörigen das Kostenerstattungsverfahren gewählt haben. Sofern die Mitgliedsbescheinigung in den genannten Fällen nicht vorgelegt wird, ist keine Bearbeitung des Beihilfeantrags möglich.
Bitte legen Sie ebenfalls unaufgefordert Versicherungsbescheinigungen über eventuelle Summen-/Zusatzversicherungen (z. B. Auslandskrankenversicherung, Zahnzusatzversicherung, Zusatzversicherung für wahlärztliche Leistungen, Krankenhaustagegeld-, Kurversicherungen mit pauschalem Kurtagegeld, Pfl egetagegeldversicherung o.ä.) vor.

Privat Versicherte: Bitte legen Sie unaufgefordert bei jedem Erstantrag, der über die BBZ abgerechnet wird, oder bei jeder Änderung Ihres Versicherungsverhältnisses bzw. des Versicherungsverhältnisses Ihrer Angehörigen eine Versicherungsbescheinigung vor.

4 Vorrangige Ansprüche auf Leistungen im Krankheitsfall nach anderen Rechtsvorschriften

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

Nein Ja, bitte ausfüllen

Nr. 4-6 sind zwingend auszufüllen

Betreffende Person Name, Vorname	Art des Anspruchs	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt vor
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Es wurden oder werden **Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz** (Gesetz über die staatliche Versorgung von Kriegsopfern) in Anspruch genommen.

Ja, bitte Belege oben rechts mit **G** kennzeichnen

5 Werden Aufwendungen für Behandlungen durch einen nahen Angehörigen geltend gemacht?

Die Behandlung erfolgte **durch eine/einen nahen Angehörige/n**.
Hierzu zählen: Ehegatte/in, eingetragene/r Lebenspartner/in, Eltern oder Kinder der behandelten Person **oder** bei Familien- und Hauspflegekräften zusätzlich: Enkelkinder, Geschwister, Großeltern, Verschwägerte ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person.

Nein
 Ja, bitte Belege oben rechts mit **A** kennzeichnen

6 Werden Aufwendungen aufgrund von Unfällen geltend gemacht?

I. Ein Unfall liegt vor, wenn der Beihilfeberechtigte durch ein plötzliches, unfreiwilliges und von außen einwirkendes Ereignis einen Schaden erleidet.

Nein
 Ja, bitte Rechnungsbelege mit **U** kennzeichnen und den ausgefüllten **Unfallbericht** beifügen.

Es handelt sich um:

- Dienstunfall
- Wegeunfall
- Unfall im privaten Bereich
- Folgeerkrankung eines Unfalls
- Unfall in der Schule/ Kindergarten
- Unfall beim Studium
- Sportunfall

Der Unfallbericht liegt vor
 ja nein

Ist ein Fremdverschulden ausgeschlossen? Ja Nein, bitte **Abtretungserklärung** ausfüllen

Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? Ja Nein

Haben Sie bereits eine Erstattung von dritter Stelle erhalten?

Nein
 Wenn ja, in welcher Höhe: _____

Bitte den entsprechenden Nachweis beifügen.

War/Ist ein Gerichtsverfahren anhängig? Ja Nein

7 In Geburtsfällen und bei Adoptionen

Ich beantrage den Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO. Ja
(Bitte Kopie der Geburtsurkunde bzw. Adoptionsurkunde beifügen.)

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich am _____ einen Vorschuss in Höhe von _____ € erhalten. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Aufwendungen, für die ich einen Vorschuss erhalten habe, innerhalb eines Jahres beantragt werden müssen, da sie andernfalls verjähren und der Vorschuss zurückgefordert wird.

Die Bearbeitung des Beihilfeantrages und die Festsetzung der Beihilfe führt die BBZ Beihilfe- und Beratungszentrum GmbH, Bruchstraße 54 a, 67098 Bad Dürkheim im Auftrag durch.