**Antrag auf Gewährung einer Beihilfe (BhV)**

Eingangsstempel

 *(interner Vermerk: Standort «BHSOrt»)*

«BHSName»

«BHSVname»

**Beihilfestelle**

«BHSStrasse»

«BHSPlz» «BHSOrt» [ ]  Ich bitte, dem Beihilfebescheid einen
 neuen Papiervordruck beizufügen

**Antrag auf Beihilfe**

**In Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung«BHEName», «BHEVname», «Amtsbezeichnung» | Geburtsdatum«BHEGebdat» |
| Anschrift«BHSName», «BHEPLZ» «BHEOrt» | Telefon privat«Telefon» |
| Aktuelle Dienststelle (bei Versorgungsempfängern letzte Dienststelle) Anschrift«BHSName», «Dienstsitz» |  |

Hiermit beantrage ich eine Beihilfe zu den in der Anlage aufgeführten und belegten Aufwendungen

Zutreffendes bitte [x]  ankreuzen, gegebenenfalls Spalten deutlich ausfüllen.

(Bei erstmaliger Antragstellung einer Beihilfe nach den BhV des Bundes sind durchgängig vollständige Angaben notwendig.)

**Angaben zur Beschäftigung**

**1** [ ]  keine Änderung gegenüber den letzten Angaben [x]  folgende Änderung:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [x]  Beamter/in (DO) [ ]  Versorgungsempfänger/in seit: 01.08.2000 | [ ]  Tarifbeschäftigte(r ) | [ ]  Abgeordneter/Richter |
| vollbeschäftigt seit | teilzeitbeschäftigt von-bis | mit Wochenstunden | einstweiliger Ruhestand §§ 54-58 BBG von-bis |
| Elternzeit von-bis | Familienbedingte Beurlaubung ohne Dienstbezüge gem. § 92(1) Nr. 2 BBG von-bis | Sonstige Beurlaubung ohne Dienstbezüge von-bis (Rechtsgrundlagen) |

**2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| KinderVorname, Name (falls abweichend) | geboren am | im Familienzuschlag berücksichtigtab | Wegfall aus dem Familienzuschlagab | Wiederaufnahme in den Familienzuschlag nach Unterbrechung ab |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

[x]  keine Änderung gegenüber den letzten Angaben [ ]  folgende Änderung:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Personen** | **Private** **Krankenversicherung \*** | **Gesetzliche Krankenversicherung** | **Keine Krankenversicherung****ab dem (Datum)** |
| **ab dem (Datum)** | **Basis-Tarif** |  | **Pflichtver-sichert (§ 5 SGB V)** | **freiwillig****versichert****(§ 9 SGB V)** | **familien-****versichert(§ 10 SGB V)** | **Zusatz-****Tarif****1)** |
| Beihilfe-berechtigter | [x]  01.01.85 |  [ ]  | ab dem (Datum) |  [ ]  |  [ ]  |   [ ]  |  [ ]  |       |
| Ehegatte | [ ]        |  [ ]  | ab dem (Datum) |  [ ]  |  [ ]  |  [ ]   |  [ ]  |       |
| 1. Kind | [ ]        |  [ ]  | ab dem (Datum) |  [ ]  |  [ ]  |  [ ]   |  [ ]  |       |
| 2. Kind | [ ]        |  [ ]  | ab dem (Datum) |  [ ]  |  [ ]  |  [ ]   |  [ ]  |       |
| 3. Kind | [ ]        |  [ ]  | ab dem (Datum) |  [ ]  |  [ ]  |  [ ]   |  [ ]  |       |
| 4. Kind | [ ]        |  [ ]  | ab dem (Datum) |  [ ]  |  [ ]  |  [ ]   |  [ ]  |       |

Es ist grundsätzlich ein Nachweis des Krankenversicherungsschutzes in Form einer Kopie des aktuellen Versicherungsscheins notwendig. Dies gilt auch für zusätzlich ergänzend abgeschlossene Versicherungen für pflichtversicherte berücksichtigungsfähige Angehörige und bei Tarifumstellung. Hier bitte auch etwaige Änderungen des Versicherungsschutzes bei Rentenanspruch oder Arbeitslosigkeit eintragen.

1. Hierunter fallen Pflegekostenversicherung, Ergänzungstarife zur gesetzlichen Krankenversicherung, Auslands-(Reise-)versicherungen oder Ähnliche. Das Bestehen einer Auslands-(Reise)versicherung ist immer dann anzugeben, wenn Auslandsaufwendungen geltend gemacht werden. Nicht anzugeben sind Krankenhaustagegeld- und Pflegezusatzversicherungen.

**3.1 Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen (z.B. vom Rentenversicherungsträger oder
Arbeitgeber) gewährt?**

 [x]  nein [ ]  ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben [ ]  ja, folgende Änderungen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Für wen: | Ab Datum | Höhe des monatlichen Zuschusses |
|       |       |       |

**4 Besteht für Sie oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine *anderweitige* Beihilfeberechtigung?**

[x]  nein [ ]  ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben [ ]  ja, folgende Änderungen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Für wen: als: [ ]  Beamter/in [ ]  Arbeitnehmer/in [ ]  Abgeordnete(r) [ ]  Versorgungsempfänger/in | Gegenüber wem: | ab Datum |
|  [ ]  Beamter/in [ ]  Arbeitnehmer/in [ ]  Abgeordnete(r) [ ]  Versorgungsempfänger/in |  |  |

**5 Werden Aufwendungen für den nicht selbsthilfeberechtigten Ehegatten geltend gemacht?**

 [x]  nein [ ]  ja

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname des Ehegatten, eingetrag. Lebenspartners | Geburtsdatum |  [ ]  verheiratet [ ]  geschieden |
| Überstiegen die Einkünfte Ihres Ehegatten (§ 2 Abs. 3 EStG) im vorvergangenen Kalenderjahr den Betrag von 18.000,00 Euro \* [x]  nein [ ]  ja |
| **Nach § 6 Abs. 2 BBhV ist der Gesamtbetrag der Einkünfte durch Vorlage einer Ablichtung des Steuerbescheides nachzuweisen** |
| Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich ebenfalls übersteigen? [x]  nein [ ]  ja |

**6 Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis?**

 [x]  nein [ ]  ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben (Beleg-Nr. angeben) [ ]  ja, (Unfallschilderung beifügen)

|  |
| --- |
| Es handelt sich um einen [ ]  Dienstunfall [ ]  Verkehrsunfall [ ]  einen Schulunfall [ ]  einen sonstigen UnfallUnfallschilderung:      |
| Um welche Aufwendungen handelt es sich? - Bitte auch die Belege mit Hinweis "Unfall" versehen      |
| Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?(Zu den Ansprüchen auf Kostenerstattung gehören auch Ansprüche z.B. gegen Schulträger, Sportverein)[ ]  nein [ ]  ja |
| Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Erstattungspflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer      |
|  | Aktenzeichen:      Versicherungsnummer:       |

**7 Wird eine Pauschalbeihilfe für häusliche Pflege geltend gemacht?**

 [x]  nein [ ]  ja Leistungszusage mit Pflegestufe der Pflegeversicherung [ ]  liegt vor [ ]  liegt bei

|  |
| --- |
| Pflegegrad Renten- Arbeitslosenversicherungsbeiträge Pflegepersonen [ ]  nein [ ]  ja [ ]  in Klärung[ ]  **1** [ ]  **2** [ ]  **3** [ ]  **4** [ ]  **5** |
| Name der pflegebedürftigen Person      | Name der Pflegeperson      | Zeitraum (vom – bis zum)            |
| Unterbrechung der Pflege:[ ]  nein [ ]  ja, vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(einschließlich) | Grund:       |

**8 Werden Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden
 sind, geltend gemacht?**

 [x]  nein [ ]  ja, folgende Nachweise und Versicherungsschein über Ausschluss beifügen, soweit nicht schon vorliegend.

|  |  |
| --- | --- |
| Rechnungsdatum       | Betrag       Euro |

 **9 Sind Sie in das Ausland abgeordnet oder befindet sich Ihr dienstlicher Wohnsitz im Ausland?**

|  |
| --- |
| [x]  nein [ ]  ja |

 **10 Auszahlung der Beihilfe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten [x]  nein [ ]  ja | Abschlagsbetrag      | Am (Datum)      |
| Die Überweisung soll erfolgen auf [x]  mein bekanntes Konto [ ]  nachstehendes KontoIBAN (International Bank Account Number) **«IBAN»** |
| BIC (Business Identifer Code)**«BIC»** | Geldinstitut mit Ortsangabe**«Bank»** |
| Inhaber/in des Kontos (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 beigefügt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum**Ort, den 20.02.2025** | Bei Vertretung: Unterschrift des Vertreters [x]  Vollmacht liegt vor [ ]  Vollmacht liegt bei |
| Unterschrift des/der Beihilfeberechtigten |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Anlage zum Beihilfeantrag von

Name, Vorname Antragsdatum **«BHEName», «BHEVname» 20.02.2025**

Zusammenstellung der Aufwendungen

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| BelegNr. | Datum derRechnung | EmpfängederLeistung 2) | Art der Leistung 1) | Rechnungsbetrag |  | Leistungen vonVersicherungen | Bemerkungen |
|  |  |  |  | € | € |  | oder | % |  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |  |  | 6 |  |
| «M\_1Nr» | «M\_1ReDat» | «M\_1BHE» | «M\_1LeiA» | «M\_1Betrag» |  |  | Oder | «M\_1BHS» |  |
| «M\_2Nr» | «M\_2ReDat» | «M\_2BHE» | «M\_2LeiA» | «M\_2Betrag» |  |  | Oder | «M\_2BHS» |  |
| «M\_3Nr» | «M\_3ReDat» | «M\_3BHE» | «M\_3LeiA» | «M\_3Betrag» |  |  | Oder | «M\_3BHS» |  |
| «M\_4Nr» | «M\_4ReDat» | «M\_4BHE» | «M\_4LeiA» | «M\_4Betrag» |  |  | Oder | «M\_4BHS» |  |
| «M\_5Nr» | «M\_5ReDat» | «M\_5BHE» | «M\_5LeiA» | «M\_5Betrag» |  |  | Oder | «M\_5BHS» |  |
| «M\_6Nr» | «M\_6ReDat» | «M\_6BHE» | «M\_6LeiA» | «M\_6Betrag» |  |  | Oder | «M\_6BHS» |  |
| «M\_7Nr» | «M\_7ReDat» | «M\_7BHE» | «M\_7LeiA» | «M\_7Betrag» |  |  | Oder | «M\_7BHS» |  |
| «M\_8Nr» | «M\_8ReDat» | «M\_8BHE» | «M\_8LeiA» | «M\_8Betrag» |  |  | Oder | «M\_8BHS» |  |
| «M\_9Nr» | «M\_9ReDat» | «M\_9BHE» | «M\_9LeiA» | «M\_9Betrag» |  |  | Oder | «M\_9BHS» |  |
| «M\_10Nr» | «M\_10ReDat» | «M\_10BHE» | «M\_10LeiA» | «M\_10Betrag» |  |  | Oder | «M\_10BHS» |  |
| «M\_11Nr» | «M\_11ReDat» | «M\_11BHE» | «M\_11LeiA» | «M\_11Betrag» |  |  | Oder | «M\_11BHS» |  |
| «M\_12Nr» | «M\_12ReDat» | «M\_12BHE» | «M\_12LeiA» | «M\_12Betrag» |  |  | Oder | «M\_12BHS» |  |
| «M\_13Nr» | «M\_13ReDat» | «M\_13BHE» | «M\_13LeiA» | «M\_13Betrag» |  |  | Oder | «M\_13BHS» |  |
| «M\_14Nr» | «M\_14ReDat» | «M\_14BHE» | «M\_14LeiA» | «M\_14Betrag» |  |  | Oder | «M\_14BHS» |  |
| «M\_15Nr» | «M\_15ReDat» | «M\_15BHE» | «M\_15LeiA» | «M\_15Betrag» |  |  | Oder | «M\_15BHS» |  |
| «M\_16Nr» | «M\_16ReDat» | «M\_16BHE» | «M\_16LeiA» | «M\_16Betrag» |  |  | Oder | «M\_16BHS» |  |
| «M\_17Nr» | «M\_17ReDat» | «M\_17BHE» | «M\_17LeiA» | «M\_17Betrag» |  |  | Oder | «M\_17BHS» |  |
| «M\_18Nr» | «M\_18ReDat» | «M\_18BHE» | «M\_18LeiA» | «M\_18Betrag» |  |  | Oder | «M\_18BHS» |  |
| «M\_19Nr» | «M\_19ReDat» | «M\_19BHE» | «M\_19LeiA» | «M\_19Betrag» |  |  | Oder | «M\_19BHS» |  |
| «M\_20Nr» | «M\_20ReDat» | «M\_20BHE» | «M\_20LeiA» | «M\_20Betrag» |  |  | Oder | «M\_20BHS» |  |
| «M\_21Nr» | «M\_21ReDat» | «M\_21BHE» | «M\_21LeiA» | «M\_21Betrag» |  |  | Oder | «M\_21BHS» |  |
| «M\_22Nr» | «M\_22ReDat» | «M\_22BHE» | «M\_22LeiA» | «M\_22Betrag» |  |  | Oder | «M\_22BHS» |  |
| «M\_23Nr» | «M\_23ReDat» | «M\_23BHE» | «M\_23LeiA» | «M\_23Betrag» |  |  | Oder | «M\_23BHS» |  |
| «M\_24Nr» | «M\_24ReDat» | «M\_24BHE» | «M\_24LeiA» | «M\_24Betrag» |  |  | Oder | «M\_24BHS» |  |
| «M\_25Nr» | «M\_25ReDat» | «M\_25BHE» | «M\_25LeiA» | «M\_25Betrag» |  |  | Oder | «M\_25BHS» |  |
|  |  |  |  |  |  |  | Oder |  |  |
| Summe |  |  |  |  |  |
| 1) Bitte folgende Abkürzungen verwenden: |  |  |  |
| AB = Ärztliche Behandlung |  | KH = Stationäre Krankenhausbehandlung | BF = Beförderungskosten |
| ZB = Zahnbehandlung |  | RM = Rehabilitationsmaßnahme/AHB/Kur | BK = Bestattungskosten |
| RP = Arznei- und Heilmittel |  | HP = Heilpraktiker | PF = Pflege |
| KB = Kieferorth. Behandlung |  | HM = Hilfsmittel (Brille, Hörgerät usw.) | SO = Sonstiges |

2) Bitte Abkürzungen wie zu Ziffer 3 des Antragsvordrucks verwenden (A, E, K 1, K 2 usw.)