Antrag auf Beihilfe

Antragsteller/in Name, Vorname

Personalnummer

Dienststellen-Nr.

Geburtsdatum

E-Mailadresse

Telefonnummer privat

Telefonnummer dienstlich

Regierungspräsidium Kassel

Bitte keine Originalbelege beifügen

Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen oder ausfüllen

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit der folgenden Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Leistungen (auch solche nach §§ 61 und 62 SGB V), Beitragsrückzahlungen gesetzlicher Krankenkassen, Verkaufserlöse für Hilfsmittel usw., Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen zu den geltend gemachten Aufwendungen sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

Ich bin verpflichtet, die Beihilfe für meinen Ehegatten/meine Ehegattin und die auf den erhöhten Bemessungssatz entfallende Beihilfe zurückzuzahlen, soweit die Angaben über die Höhe seiner/ihrer Einkünfte unzutreffend sind oder durch nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (z. B. durch Feststellung des Finanzamtes) unzutreffend werden.

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

Datum, Unterschrift

Gesamtbetrag der Aufwendungen ca.

, - €

Anzahl der Belege
(Bitte Hinweis Nr. 7 Seite 4 beachten)

Es werden Pflegeaufwendungen nach § 9 HBeihVO geltend gemacht ☐ (Bitte zusätzlich Anlage "Pflege" ausfüllen)

Es werden Sachleistungsaufwendungen nach § 5 Abs. 5 HBeihVO geltend gemacht ☐ (Bitte Hinweis Nr. 5 Seite 4 beachten)

Hat sich Ihre Bankverbindung geändert? ☐ Ja ☐ Nein

Bei Änderung der Bankverbindung oder Erstantrag bitte ausfüllen:

Bankleitzahl

Kontonummer

Geldinstitut

Hat sich die Adresse, an welche der Bescheid gesandt wird, geändert? ☐ Ja ☐ Nein

Abweichende Adresse:

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Bei wiederholter Antragstellung:
Haben sich Änderungen zu Nr. 1 bis 4 gegenüber den Angaben im letzten Beihilfeantrag ergeben? ☐ Ja ☐ Nein
Ja: bitte Nr. 1 bis 4 vollständig ausfüllen
Nein: bitte weiter bei Nr. 5

1 Angaben zum/zur Beihilfeberechtigten und zur Berücksichtigung von Angehörigen

Sind oder waren Sie, Ihr Ehegatte bzw. der andere Elternteil oder berücksichtigungsfähige Kinder in den letzten zwölf Monaten vor der Antragstellung berufstätig, in (Hoch-)Schul-Berufsausbildung, Wehr- Zivildienst/FSJ-leistend, arbeitslos, in Mutterschutz oder Elternzeit, Empfänger/in von Versorgungsbezügen oder Renten oder in einem Amts- oder Abgeordnetenverhältnis? ☐ Nein

☐ Ja, und zwar für: **(bitte auch beantworten, wenn keine Aufwendungen für die Person geltend gemacht werden)**

Zum Ausfüllen der Spalte **"B"** siehe Anmerkung 6 auf Seite 4

Name, Vorname	B	von T T M M J J	-	bis T T M M J J
			-	
			-	
			-	

Für folgende Kinder steht mir Kindergeld **nicht** zu:

Name, Vorname	Anderer Elternteil bezieht Fam.-/ Orts-/ Sozialzuschlag	Wegfall des Kindergeld-anspruchs	rückwirkender Wegfall des Kindergeld-anspruchs	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt vor
	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐

2 Krankenversicherungsschutz

Bitte auch ausfüllen, wenn für einzelne der nachstehenden Personen keine Beihilfe beantragt wird

	versicherte Person	Name, Vorname	Geburtsdatum T T M M J J
Person 1	Antragsteller/in		
Person 2	Ehegatte bzw. anderer Elternteil		
Person 3	Kind		
Person 4	Kind		
Person 5	Kind		

	Name der Krankenversicherung	privat vers.	privatvers. Standard-tarif	freiwillig gesetzl. vers.	pflicht-vers.	familien-vers. bei 1 oder 2	rentnerkran-kenversichert -KVdR-	nicht vers.
Person 1		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Person 2		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Person 3		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Person 4		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Person 5		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bei einem Wechsel der Krankenversicherung: bei welcher Person und wann hat dieser stattgefunden?

Name, Vorname	Zeitpunkt T T M M J J

3 Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

(z.B. aus Arbeitsvertrag, von BfA oder LVA, aus Dienstordnungsverhältnis)

Erhalten Sie und / oder Ihr Ehegatte / Ihre Ehegattin / Ihre Kinder einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag? ☐ Ja ☐ Nein

Name, Vorname	Zuschuss in Euro	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt vor
	, €	☐	☐
Name, Vorname	Zuschuss in Euro	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt vor
	, €	☐	☐

4 Vorrangige Ansprüche auf Leistungen im Krankheitsfall nach anderen Rechtsvorschriften

Bestehen sonstige Ansprüche auf Leistung zu Heilbehandlungskosten (z.B. gesetzliche Krankenversicherung, Unfall-, Heilfürsorge, BVG)? ☐ Ja ☐ Nein

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? ☐ Ja ☐ Nein

Name, Vorname

am: T T M M J J

6 Angaben zu den Einkünften der Ehegattin / des Ehegatten

Hatte Ihre Ehegattin / Ihr Ehegatte im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) - bitte Anmerkung Nr. 4 beachten - ? ☐ Ja ☐ Nein

Überstiegen die Einkünfte Ihrer Ehegattin / Ihres Ehegatten im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung den steuerlichen Grundfreibetrag nach § 32 a Abs. 1 EStG (2005 = 7.664,- €)? ☐ Ja ☐ Nein

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

7 Werden Aufwendungen bei Unfällen geltend gemacht? ☐ Ja ☐ Nein

Es handelt sich um einen ☐ Dienstunfall ☐ Kita- / Schulunfall ☐ Unfall im privaten Bereich ☐ Arbeitsunfall

Die Unfallschilderung liegt bei ☐ liegt vor ☐

Es kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht ? ☐ Ja ☐ Nein

Name des Ersatzpflichtigen (z. B. Versicherung)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

8 Werden Aufwendungen aus den nachfolgend genannten Bereichen geltend gemacht?

☐ Ja ☐ Nein

Die Behandlung erfolgte durch einen nahen Angehörigen
(Ehegatte/in, Kind oder Elternteil der behandelten Person) ☐ Ja

Bitte Belege oben rechts mit **A** kennzeichnen

Versicherungsleistungen sind ausgeschlossen worden ☐ Ja

Nachweis liegt bei ☐ Nachweis liegt vor ☐

Bitte Belege oben rechts mit **L** kennzeichnen

Es wurden oder werden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) in Anspruch genommen ☐ Ja

Bitte Belege oben rechts mit **G** kennzeichnen

9 Werden Aufwendungen zu einem Todesfall geltend gemacht?

☐ Ja ☐ Nein

Name, Vorname der/des Verstorbenen

In welchem Verwandtschaftsverhältnis standen Sie zu der/dem Verstorbenen?

Todestag T T M M J J

Sind Ihnen aus Anlass der Beisetzung Aufwendungen (ohne Überführungskosten) in Höhe von mindestens 665 € bzw. 435 € (bei Kinderbestattung) entstanden? ☐ Ja ☐ Nein

Steht anlässlich des Todesfalles Sterbegeld zu? ☐ Ja ☐ Nein

zahlende Stelle

Betrag , €

Anmerkungen

1. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungs- bzw. Kaufdatum beantragt wurde. Bei Sachleistungen ist der in der Bescheinigung aufgeführte Behandlungs- bzw. Kauftag entscheidend. Für den Fristablauf ist der Tag des Antragseingangs bei der Beihilfefestsetzungsstelle maßgeblich. Der Bemessungssatz richtet sich nach den Verhältnissen im Zeitpunkt der Antragstellung.
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. 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.
4. Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG sind neben dem um die Werbungskosten bzw. den Arbeitnehmer-Pauschalbetrag (920,- EUR) verminderten Arbeitslohn insbesondere der Ertragsanteil von Renten, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Kapitaleinnahmen (gekürzt um den Sparerfreibetrag von 1.370,- EUR) sowie Einkünfte aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit.
5. Sachleistungsbeihilfe: Erforderlich ist zusätzlich eine Bescheinigung der Krankenversicherung über den monatlichen Krankenversicherungsbeitrag (ohne Pflegeversicherung) für die dem Antragsmonat vorausgegangenen letzten zwölf Kalendermonate.
6. Bitte tragen Sie folgende Abkürzungen ein:

- Nicht erwerbstätig =	**NE**	- Beschäftigt im öffentlichen Dienst =	**ÖD**
- Schulausbildung =	**SB**	- Hochschulausbildung =	**HS**
- Eltemzeit =	**EZ**	- Versorgungsempfänger/in =	**VE**
- Rentenbezieher/in =	**RE**	- arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld oder -hilfe =	**AL**
- Berufstätig=	**BT**	- Wehrdienst/Zivildienst =	**WD / ZD**

7. Als jeweils ein Beleg gelten z. B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung (s. Anmerkung 3) oder Rechnungen über das Zahnarzthonorar und Material- und Laborkosten.