

Geschäftszeichen bitte stets angeben  
\_\_\_\_\_

Die Beihilfe wird auf das Bezügekonto überwiesen.

Eingangsstempel:

**Landesamt für Finanzen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bei **erstmaliger Antragstellung** oder auf **Verlangen** der Beihilfestelle ist der Antrag vollständig auszufüllen. In **Folgeanträgen** sind die Fragen 1 - 6 zwingend zu beantworten. Zutreffendes bitte ausfüllen oder  ankreuzen. Ggf. bitte Beiblatt für weitere Angaben verwenden.

**Antrag auf Beihilfe mit Zusammenstellung der Aufwendungen**

|  |  |  |
|--|--|--|
| 1  | Name:<br>Vorname:  | Straße:<br>PLZ, Ort:   |
|  | Geburtsdatum<br>Änderungsdatum: <input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw.  | Dienststelle / Pensionsfestsetzungsbehörde   |
| Besteht eine <b>weitere Beihilfeberechtigung</b> ? <input type="checkbox"/> ja, bei: |  | <input type="checkbox"/> nein  |
| 2  | Wurden geltend gemachte Aufwendungen durch einen Unfall (jegliche Art von Verletzungen) verursacht?<br><input type="checkbox"/> ja, Unfalldatum: _____<br>(bitte ausführliche Unfallschilderung vorlegen und Aufwendungen kennzeichnen)<br><b>Unfallart:</b> <input type="checkbox"/> Dienstunfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall<br>Kommt ein <b>Fremdverschulden</b> in Betracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein  |
|  | 3  | War ein naher Angehöriger (Ehegatte, Kinder, Eltern der behandelten Person) bei Behandlungen tätig?<br><input type="checkbox"/> ja, Name des Behandlers: _____ (bitte Belege kennzeichnen) |
| 4  | Werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die <b>Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt</b> worden sind?<br><input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweis vorlegen und die Aufwendungen kennzeichnen)  | <input type="checkbox"/> nein  |
| 5  | Werden Aufwendungen für einen <b>stationären Krankenhausaufenthalt</b> geltend gemacht?<br><input type="checkbox"/> ja<br>Ist mit den behandelnden Ärzten eine <u>Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen</u> geschlossen worden?<br><input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie der Wahlleistungsvereinbarung beilegen!)<br><input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> nein  |
| 6  | <b>Haben sich Änderungen bei den Ziffern 7 – 13 gegenüber Ihrem letzten Antrag ergeben?</b><br><input type="checkbox"/> ja, bei Ziffer(n) _____ (bitte Fragen beantworten)   | <input type="checkbox"/> nein  |
|  | <input type="checkbox"/> eine <b>Pauschalbeihilfe</b> für <b>dauernde häusliche Pflege</b> durch <b>andere geeignete Personen</b> für die Zeit vom _____ bis _____ wird beantragt.<br>Eine Bestätigung über die Durchführung der Pflege, mit Angabe von Unterbrechungszeiträumen, ist beizufügen.  |  |

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Preisnachlässe eingereichter Belege sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

Ich verzichte auf die Rücksendung von Beihilfe- L e e r f o r m u l a r e n .

Anzahl der eingereichten Belege:  
Summe der Aufwendungen: \_\_\_\_\_ Euro

Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_

**Datum, Unterschrift**

Beihilfeberechtigte(r)  Bevollmächtigte(r)  
 Nachweis liegt bei bzw. bereits vor

|  |  |   |                          |  |              |  |
|--|--|---|--------------------------|--|--------------|--|
| <b>7 Antragsteller</b> (nur von Beschäftigten im aktiven Dienst auszufüllen)   |  |   |                          |  |              |  |
| <input type="checkbox"/> vollbeschäftigt<br>seit: _____  |  | <input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt<br>seit: _____ |                          | Zeitanteil (z.B. 19,25/38,50): _____             |              |  |
| Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet? <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____   |  |   |                          |  |              | <input type="checkbox"/> nein                                  |
| Sind Sie ohne Bezüge beurlaubt?<br><input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____<br><input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)   |  |   |                          |  |              | <input type="checkbox"/> nein                                  |
| Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?<br><input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ als: _____<br>bei: _____ Zeitanteil: _____  |  |   |                          |  |              | <input type="checkbox"/> nein                                  |
| <b>8 Vorname des Ehegatten</b> (ggf. abweichender Familienname)  |  |   |                          |  | Geburtsdatum |  |
| Hat der Ehegatte eine <b>eigene Beihilfeberechtigung</b> ? <input type="checkbox"/> ja, bei: _____   |  |   |                          |  |              | <input type="checkbox"/> nein                                  |
| Ist der Ehegatte ohne Bezüge beurlaubt?<br><input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____<br><input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)   |  |   |                          |  |              | <input type="checkbox"/> nein                                  |
| Ist der Ehegatte erwerbstätig?<br><input type="checkbox"/> ja, als: <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer<br>bei: _____ Zeitanteil: _____   |  |   |                          |  |              | <input type="checkbox"/> nein                                  |
| Übersteigen die Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) des Ehegatten den Betrag von <b>18.000 Euro</b> ?<br><input type="checkbox"/> ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung<br><input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr   |  |   |                          |  |              | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> nein |
| <b>9 Welche Kinder</b> sind im <b>Familien-/Orts-/Sozialzuschlag</b> berücksichtigungsfähig oder werden nur wegen der Höhe der Einkünfte und Bezüge nicht berücksichtigt?  |  |   |                          |  |              |  |
| Vorname (ggf. abweichender Familienname)   |  | Geburtsdatum  |                          | <b>Bei Kindern in Berufsausbildung / Studium</b> |              |  |
|  |  |   |                          | Art der Ausbildung                               | Beginn       | voraussichtliches Ende   |
| a  |  |   |                          |  |              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      |
| b  |  |   |                          |  |              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      |
| c  |  |   |                          |  |              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      |
| d  |  |   |                          |  |              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      |
| Ist ein Kind bei einer anderen Person im <b>Familien-/Orts-/Sozialzuschlag</b> berücksichtigungsfähig?<br><input type="checkbox"/> ja, Kind: _____ bei: _____<br>(falls ja, bitte Originalbelege für das Kind vorlegen)  |  |   |                          |  |              | <input type="checkbox"/> nein                                  |
| Hat ein über 18-jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen?<br><input type="checkbox"/> ja, Kind: _____ seit: _____   |  |   |                          |  |              | <input type="checkbox"/> nein                                  |
| <b>10 Besteht Krankenversicherungsschutz</b> (bei 1. Antragstellung und Änderungen – bitte Nachweise vorlegen)   |  |   |                          |  |              |  |
| <b>ja</b> (bei Ehegatte/Kind Vorname angeben)  |  | <b>privat</b>   | <b>gesetzl.</b>          | <b>sonst. zusätzl. KV-Schutz (Art?)</b>          |              |  |
| <input type="checkbox"/> für Antragsteller   |  | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |              | <input type="checkbox"/> nein                                  |
| <input type="checkbox"/> für Ehegatte  |  | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |              | <input type="checkbox"/> nein                                  |
| <input type="checkbox"/> für Kind  |  | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |              | <input type="checkbox"/> nein                                  |
| <input type="checkbox"/> für Kind  |  | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |              | <input type="checkbox"/> nein                                  |
| <input type="checkbox"/> für Kind  |  | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |              | <input type="checkbox"/> nein                                  |
| <input type="checkbox"/> für Kind  |  | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |              | <input type="checkbox"/> nein                                  |
| <b>11 Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung</b> (z.B. nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz usw.)?<br><input type="checkbox"/> ja, für Person(en): _____ (bitte Nachweis vorlegen u. Aufwendungen kennzeichnen) |  |   |                          |  |              | <input type="checkbox"/> nein                                  |
| <b>12 Wird eine Rente</b> aus der <b>gesetzlichen Rentenversicherung</b> gewährt?<br><input type="checkbox"/> ja, für Person(en): _____ seit: _____ (bitte Nachweis vorlegen)  |  |   |                          |  |              | <input type="checkbox"/> nein                                  |
| <b>13 Wird ein Zuschuss</b> zu den <b>Krankenversicherungsbeiträgen</b> gewährt?<br><input type="checkbox"/> ja, für Person(en): _____ seit: _____<br><input type="checkbox"/> vom Rentenversicherungsträger <input type="checkbox"/> vom Arbeitgeber/Dienstherrn i. H. von mtl.: _____ Euro                     |  |   |                          |  |              | <input type="checkbox"/> nein                                  |

## Zusammenstellung der Aufwendungen zum Beihilfeantrag

von Herrn/Frau

vom

**Beachten Sie bitte folgende Hinweise:**

Die Zusammenstellung der Aufwendungen ist dem Beihilfeantrag beizufügen. Die Einträge und Belege bitte **nach Personen ordnen**. Bei gleichem Vornamen eines Elternteils und Kindes bitte **Belege des Kindes** mit „K“ kennzeichnen.

**A = Antragsteller   E = Ehegatte   K = Kind**

| Nr.                 | A, E, K | Vorname des Kindes | Rechnungsdatum | Betrag in Euro |
|---------------------|---------|--------------------|----------------|----------------|
| 1                   |         |                    |                |                |
| 2                   |         |                    |                |                |
| 3                   |         |                    |                |                |
| 4                   |         |                    |                |                |
| 5                   |         |                    |                |                |
| 6                   |         |                    |                |                |
| 7                   |         |                    |                |                |
| 8                   |         |                    |                |                |
| 9                   |         |                    |                |                |
| 10                  |         |                    |                |                |
| 11                  |         |                    |                |                |
| 12                  |         |                    |                |                |
| 13                  |         |                    |                |                |
| 14                  |         |                    |                |                |
| 15                  |         |                    |                |                |
| 16                  |         |                    |                |                |
| 17                  |         |                    |                |                |
| 18                  |         |                    |                |                |
| 19                  |         |                    |                |                |
| 20                  |         |                    |                |                |
| 21                  |         |                    |                |                |
| 22                  |         |                    |                |                |
| 23                  |         |                    |                |                |
| 24                  |         |                    |                |                |
| 25                  |         |                    |                |                |
| <b>Gesamtbetrag</b> |         |                    |                |                |