

Antrag auf Beihilfe in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen sowie zur Gesundheitsvorsorge

Dieser Antrag ist auch im Internet abrufbar: <http://www.lbv.bwl.de>

Antragsteller: Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung	Geburtsdatum	Vorwahl / Telefon
--	--------------	-------------------

Landesamt für Besoldung und Versorgung Baden-Württemberg

70730 Fellbach

Personalnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Antragsdatum
T T M M J J

--	--	--	--	--	--

Summe der geltend gemachten Aufwendungen

0,00	Euro, Cent
-------------	------------

Ich **versichere**, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich auch nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sowie weitere Kostenerstattungen sofort der Beihilfestelle schriftlich anzuzeigen habe. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Unterschrift _____

Kommentar [Hinweis-1]: Sie müssen auf den Seiten 3 und 4 in der Spalte „Rechnungsbetrag“ in der letzten Zeile einen zusätzlichen Tabulatorsprung machen, damit die Gesamtsumme richtig übertragen wird. Falls mit einer anderen Word Version als Word 2000 gearbeitet wird, ist im Druckdialog (Datei – Drucken....) in der Option „Drucken“ statt des Standards „Dokument mit Markups“ der Eintrag „Dokument“ auszuwählen. Damit wird der Ausdruck des Kommentarfeldes unterdrückt und der Ausdruck erfolgt automatisch in der korrekten Größe.

Bei **erstmaliger** Antragstellung: bitte **alle** Fragen 1 bis 6 beantworten!
Bei **wiederholter** Antragstellung:
Haben sich Änderungen bei den Fragen **1 bis 6** gegenüber den Angaben im letzten Antrag auf Beihilfe ergeben?

nein ja folgende Änderung unter **1 bis 6**

Bitte Fragen 7 bis 9 – sofern zutreffend – und Frage 10 stets beantworten.

1 Haben Sie, Ihr Ehegatte und im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder einen Anspruch auf:

a) **Heilfürsorge** nach Beamten- oder Soldatenrecht ? (Polizei- und Feuerwehrbeamte, Soldaten?) nein ja (Bitte Nachweis oder Bescheid beifügen)

b) **Krankenhilfe**, z.B. nach Bundesversorgung-, Opferentschädigungs-, Entwicklungshelfergesetz ? nein ja (Bitte Nachweis oder Bescheid beifügen)

2 Krankenversicherungsschutz

	Private Versicherung					Gesetzliche Krankenkasse			Dieser Versicherungs-schutz besteht seit:		Nicht versichert
	Fügen Sie beim <u>Erstantrag und bei Änderungen</u> einen Nachweis über Art und Umfang bei.					Bitte kreuzen Sie die Art der Mitgliedschaft an und fügen Sie Nachweise bei.					
	ambulant %	Prozenttarife stationär %	Zahnkosten %	Standard-tarif	Zusatz-tarif 1)	pflicht-versichert	freiwillig versichert	familien-versichert über welche Person	Monat	Jahr	
							A E				
Antragsteller (A)								-			
Ehegatte (E)								-			
Kind											
Kind											
Kind											
Kind											

1) Hierunter fallen: Pflegekostenversicherung (PfK), Ergänzungstarife für Zahn- und ambulante Kosten, Wahlleistungen im Krankenhaus, Auslands-(Reise-)versicherungen (AR) o.ä. Das Bestehen einer **Auslands-(Reise-)versicherung** ist immer dann anzugeben, wenn Auslandsaufwendungen geltend gemacht werden. Nicht anzugeben sind Tagesgeldversicherungen (Pflegefalltagegeldversicherung, Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeldversicherung).

3 Zur Feststellung Ihres persönlichen Bemessungssatzes: (gilt nicht für Versorgungsempfänger)

Sind bzw. waren bei Ihnen mindestens drei Kinder gleichzeitig oder zwei Kinder gleichzeitig und ein weiteres Kind früher oder später im Familien-, Orts- oder Sozialzuschlag berücksichtigungsfähig? nein ja

Falls ja: Legen Sie bitte Kopien der Geburtsurkunden bei, sofern noch nicht geschehen.

weitere Angaben auf Seite 2

4 Waren Angehörige in dem Zeitraum, in dem die geltend gemachten Aufwendungen entstanden sind, berufstätig oder in Berufsausbildung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																		
<table border="1"> <tr> <th data-bbox="65 338 308 454">Wer?</th> <th data-bbox="308 338 531 454">tätig von – bis</th> <th data-bbox="531 338 895 454">Arbeitgeb. bzw. Beschäft./ Ausbildungsstelle</th> <th data-bbox="895 338 1002 454">Voll- beschäft.</th> <th data-bbox="1002 338 1098 454">Teilzeit- beschäft.</th> <th data-bbox="1098 338 1235 454">mit Anzahl Wochenstd.</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> </table>	Wer?	tätig von – bis	Arbeitgeb. bzw. Beschäft./ Ausbildungsstelle	Voll- beschäft.	Teilzeit- beschäft.	mit Anzahl Wochenstd.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wer?	tätig von – bis	Arbeitgeb. bzw. Beschäft./ Ausbildungsstelle	Voll- beschäft.	Teilzeit- beschäft.	mit Anzahl Wochenstd.													
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
5 Haben Sie oder Ihre Angehörigen eine weitere eigene Beihilfeberechtigung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aufgrund einer beamtenrechtlichen Versorgung <u>wer:</u> _____ <input type="checkbox"/> ja, aufgrund eines Dienstverhältnisses im öffentlichen Dienst als Beamter oder Richter <u>wer:</u> _____ <input type="checkbox"/> ja, aufgrund eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses (z.B. als Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst) <u>wer:</u> _____ <input type="checkbox"/> ja, aufgrund eines Abgeordnetenmandats <u>wer:</u> _____ <u>gegenüber wem:</u> _____ <u>seit:</u> _____																		
6 Sind Kinder bei einem anderen Beihilfeberechtigten (z.B. bei dem anderen auch beihilfeberechtigten Elternteil) ebenfalls berücksichtigungsfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name des Kindes _____ Bei wem (z.B. Dienstherr, Arbeitgeber usw.) _____ Rechtsverhältnis des anderen Beihilfeberechtigten: <input type="checkbox"/> Beamter, Richter <input type="checkbox"/> Angestellter, Arbeiter <input type="checkbox"/> Abgeordnetenmandat <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger <input type="checkbox"/> anderes Rechtsverhältnis																		
7 Nur ausfüllen , wenn Aufwendungen für den Ehegatten geltend gemacht werden Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommenssteuergesetz) Ihres Ehegatten - im letzten Kalenderjahr den Betrag von 18.000 EUR? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - im vorletzten Kalenderjahr den Betrag von 18.000 EUR? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Geburtsdatum: _____ Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich überschreiten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Abweichender Familienname: _____ Falls die Einkünfte nur im laufenden Kalenderjahr den Betrag von 18.000 EUR voraussichtlich nicht übersteigen werden, bitte eine Begründung auf einem besonderen Blatt beifügen.																		
8 Nur ausfüllen bei Verletzungen infolge Unfällen , anderen schädigenden Ereignissen oder wenn ein Schadenersatz durch Dritte in Frage kommt. Die geltend gemachten unfallbedingten Aufwendungen lt. Spalte 7 (Seite 3, 4) sind entstanden durch: <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>einen Unfall im privaten Bereich</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>einen Sportunfall</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>einen Dienstunfall</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>einen Arbeitsunfall</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>einen Schulunfall</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>einen Kinder-gartenunfall</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="3">ein anderes schädigendes Ereignis</td> </tr> </table> Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung (z.B. auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder beamtenrechtlichen Unfallfürsorge) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Belege bitte stets in Spalte 7 (Seite 3,4) ankreuzen Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Hinweis: Auch in Schadenersatzfällen wird Beihilfe gewährt, wenn die Er-satzansprüche an den Dienstherrn übergehen. Bitte immer Sach-verhaltsschilderung auf gesonder-tem Blatt beifügen Name, Anschrift und Aktenzeichen des Ersatzpflichtigen/Kostenträgers: _____ Sachverhaltsschilderung liegt bereits vor <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	einen Unfall im privaten Bereich	<input type="checkbox"/>	einen Sportunfall	<input type="checkbox"/>	einen Dienstunfall	<input type="checkbox"/>	einen Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/>	einen Schulunfall	<input type="checkbox"/>	einen Kinder-gartenunfall	<input type="checkbox"/>	ein anderes schädigendes Ereignis				
<input type="checkbox"/>	einen Unfall im privaten Bereich	<input type="checkbox"/>	einen Sportunfall	<input type="checkbox"/>	einen Dienstunfall	<input type="checkbox"/>	einen Arbeitsunfall											
<input type="checkbox"/>	einen Schulunfall	<input type="checkbox"/>	einen Kinder-gartenunfall	<input type="checkbox"/>	ein anderes schädigendes Ereignis													
9 Nur ausfüllen , wenn die Behandlung bzw. Leistung durch einen nahen Angehörigen erfolgt ist. Um welche Aufwendungen handelt es sich? – Beleg-Nr.: _____ (Nahe Angehörige sind: Ehegatten, Kinder, Eltern, Schwiegersöhne, -töchter, Großeltern, Enkel, Schwäger/-innen, Schwiegereltern, Geschwister des Beihilfeberechtigten, des Ehegatten oder von Kindern)																		
10 Ich bin/meine Angehörigen sind damit einverstanden, dass die Beihilfestelle notwendige telefonische Auskünfte über Belege a) bei der zuständigen Krankenversicherung oder einem anderen Kostenträger einholen kann <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja b) bei dem Behandler oder Rechnungsaussteller einholen kann: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																		

