

2 Angaben zu berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Bitte vollständig ausfüllen, auch wenn für einzelne der nachstehenden Personen keine Beihilfe beantragt wird. Bei Erstantrag oder Änderung bitte Kopie des Versicherungsscheins oder der Versicherungsbescheinigung beifügen.

Familienname, Vorname/n	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Kinderbezogener Anteil im Familienzuschlag (steht mir zu 1) 2)	Anderem Elternteil steht der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zu	Angaben zu Berufstätigkeit usw. Abkürzungen siehe 3)	selbst beihilfeberechtigt	von (TT.MM.JJJJ)	bis (TT.MM.JJJJ)
Ehegatte/gattin / eingetragene/r Lebenspartner/in (E)					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Kind 1 (K1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Kind 2 (K2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Kind 3 (K3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Kind 4 (K4)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Kind 5 (K5)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

3 Krankenversicherungsschutz

Versicherte Person	Private Krankenvers.		Gesetzliche Krankenversicherung					
	Normaltarif	Basistarif	Kostenerstattung	freiwillig-	pflicht-	familienversichert über	als Rentner	seit
Antragsteller/in (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/>	
K1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
K2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
K3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
K4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
K5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	

4 Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

Steht Ihnen oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (z.B. aus Arbeitsvertrag, vom Rentenversicherungsträger) zu?

- nein
 ja, bitte nachfolgende Tabelle ausfüllen

Familienname, Vorname	KV-beitrag im Antragsmonat	Zuschuss im Antragsmonat
	€	€
	€	€

5 Auszufüllen bei Personen mit Rentenanspruch

Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?

- nein
 ja, bitte nachfolgende Tabelle ausfüllen

Familienname, Vorname	beantragt am:

Wenn die antragstellende Person oder eine Angehörige/ein Angehöriger Rentenempfänger/Rentenempfängerin ist				
Person	Erstmalige Pflichtversicherung der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993?	Falls nein: Beteiligt sich der Rentenversicherungsträger am Krankenversicherungsbeitrag oder bis 31.03.2004 am Pflegeversicherungsbeitrag?		
				Falls ja: Höhe des zustehenden Anteils im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen
Antragsteller/ Antragstellerin	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Ehegatte/eingetragener Lebenspartner	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Kind	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

6 Angaben zu dem Gesamtbetrag der Einkünfte der Ehegattin/des Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartnerin/Lebenspartners

Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) Ihrer Ehegattin/Lebenspartnerin / Ihres Ehegatten/Lebenspartners im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 € überstiegen (bei erstmaligem Rentenbezug ab 1.1.2004 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag)? 4)

nein ja noch nicht bekannt

7 Vorrangige Ansprüche auf Leistungen im Krankheitsfall nach anderen Rechtsvorschriften

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

nein
 ja, bitte nachfolgende Tabelle ausfüllen

Familienname, Vorname	Art des Anspruchs

Nachweis ist beigefügt
 ist bereits mit Antrag vom _____ übersandt

8 Werden Aufwendungen aufgrund von Unfällen geltend gemacht?

nein
 ja, bitte Belege mit **U** kennzeichnen

Es handelt sich um einen Arbeitsunfall Unfall im Kindergarten
 Dienstunfall Unfall in der Schule
 Unfall im privaten Bereich Unfall beim Studium

Unfallschilderung ist beigefügt
 ist bereits mit Antrag vom _____ übersandt

9 Werden Aufwendungen aus den nachfolgenden Bereichen geltend gemacht?

nein
 ja, und zwar

die **Behandlung** erfolgte durch **eine/n nahe/n Angehörige/n**, hierzu zählen: Ehegatten/eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch Enkelkinder, Geschwister, Großeltern, Verschwägerter ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person.
 Bitte die Belege oben rechts mit **A** kennzeichnen!

Es wurden oder werden **Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)** in Anspruch genommen.
 Bitte die Belege oben rechts mit **G** kennzeichnen!

10 In Geburtsfällen und bei Adoptionen

Ich beantrage den Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO.

Bestätigung



Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sowie den nachträglichen Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.

Die Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung erhoben (§§ 3 und 12 BVO). Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Bruttobezüge des vorangegangenen Kalenderjahres gem. § 15 BVO zur Ermittlung der Belastungsgrenzen für die Bearbeitung des vorliegenden Antrages verweigern und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Mit der entsprechenden Verarbeitung meiner Bruttobezüge für die Bearbeitung des vorliegenden Antrages bin ich einverstanden. Falls ich mit der Verarbeitung der Bruttobezüge nicht einverstanden bin, kann dieses negative Folgen für mich haben. Die Höhe der Belastungsgrenze kann dann nicht ermittelt werden, und es werden ggf. zu hohe Eigenanteile abgezogen.

Datum	Unterschrift	Anzahl der Belege 5) (gemäß Anlage)	Gesamtbetrag der Aufwendungen ca.

Allgemeine Hinweise:

Eine Beihilfe kann nur dann beantragt werden, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt **mehr als 200 EUR** betragen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, so wird davon abweichend die Beihilfe gewährt, wenn diese Aufwendungen **15 EUR** übersteigen.

Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungs- bzw. Kaufdatum beantragt wurde. Für den Fristablauf ist der Tag des Antragseingangs bei der Beihilfestelle maßgeblich. Der Bemessungssatz richtet sich nach den Verhältnissen im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.

Bei Heilbehandlungen und Hilfsmitteln sowie bei Arznei- und Verbandmitteln legen Sie bitte neben der Rechnung die Verordnung einer Ärztin/eines Arztes vor.

Erläuterungen zum Formular:

1) Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis 25. Lebensjahr ggf. zuzüglich Zeit des Wehr- oder Zivildienstes) oder arbeitslos sind (bis 21. Lebensjahr) und der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen und bei denen nur wegen der Höhe ihrer eigenen Einkünfte der Anspruch auf das Kindergeld und der Familienzuschlag für das Kind entfallen ist.

2) Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt und ist mindestens ein Kind berücksichtigungsfähig, bitte ggf. Anlage "Kinder" bei der Beihilfestelle anfordern.

3) bitte tragen Sie folgende Abkürzungen ein:

- Nicht erwerbstätig = NE
- Schulausbildung = SB
- Elternzeit = EZ
- Familienpolitischer Urlaub = FU
- Rentenbezieher/in = RE
- Berufstätig = BT
- Eigene Beihilfeberechtigung z.B. im öffentlichen Dienst = ÖD
- Hochschulausbildung = HS
- Versorgungsempfänger/in = VE
- arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld I oder II = AL
- Wehrdienst / Zivildienst = WD / ZD

4) Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG sind neben dem um die Werbungskosten bzw. den Arbeitnehmer-Pauschbetrag verminderten Arbeitslohn insbesondere der zu versteuernde Anteil von Renten (bei erstmaligem Rentenbezug ab 01.01.2004 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem 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, sind den Einkünften, der Summe der Einkünfte und dem Gesamtbetrag der Einkünfte hinzuzurechnen (vgl. § 2 Abs. 5a EStG):

5) Als jeweils ein Beleg gelten z.B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung oder Rechnungen über das Zahnarzt Honorar und Material- und Laborkosten.