

Eingangsstempel

hohe Aufwendungen:
(Gesamtbetrag in Euro)

Bundesverwaltungsamt
Dienstleistungszentrum

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

Ich bitte, dem Beihilfebescheid einen neuen
Papiervordruck beizufügen.

Antrag auf Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)

Name, Vorname	Amts-/Dienstbezeichnung oder Dienstgrad	Besoldungs-/ Entgeltgruppe	Geburtsdatum
Personenkennziffer 	Gebühmiszahlende Stelle		
dienstliche Anschrift Dienststelle oder Einheit	Straße, Haus-Nr.	PLZ, Ort	
Gebäude-/Zimmer-Nr.	Telefon (dienstlich, bitte mit Vorwahl)	E-Mail (dienstlich)	
Privatanschrift Straße, Haus-Nr.	PLZ, Ort		
Telefon (privat, bitte mit Vorwahl)	E-Mail (privat)		

Hiermit beantrage ich eine Beihilfe zu den in der Anlage aufgeführten und belegten Aufwendungen.
Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder ausfüllen

(Bei **erstmaliger Antragstellung** sowie bei **Änderungen in den persönlichen Verhältnissen** sind **durchgängig vollständige Angaben** notwendig.)

Sofern es sich **nicht** um einen Erstantrag handelt:

Die letzte Beihilfe wurde bewilligt am _____ von der Beihilfestelle _____

1 Angaben zu Status und Beschäftigung

erster Antrag bzw. vollständiger Langantrag keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben folgende Änderung:

<input type="checkbox"/> Beamtin / Beamter	<input type="checkbox"/> Berufssoldatin / Berufssoldat	<input type="checkbox"/> Soldatin auf Zeit / Soldat auf Zeit
<input type="checkbox"/> Richterin / Richter	<input type="checkbox"/> Dienststordnungsangestellte / Dienststordnungsangestellter	<input type="checkbox"/> Tarifbeschäftigte / Tarifbeschäftigter
<input type="checkbox"/> Versorgungsempfängerin / seit (Datum) Versorgungsempfänger	<input type="checkbox"/> Empfängerin / Empfänger von Übergangsgebühren	<input type="checkbox"/> Anwärterin / seit (Datum) Lehrgangs-Nr. Anwärter
<input type="checkbox"/> Witwe / des/der Verstorbenen (Name, Vorname) Witwer	<input type="checkbox"/> Waise des/der Verstorbenen (Name, Vorname)	

vollbeschäftigt, seit (Datum) <input type="checkbox"/>	teilzeitbeschäftigt von-bis -	mit Wochenstunden	befristet beschäftigt von-bis -
Altersteilzeit von - bis -	Elternzeit von-bis -	Beurlaubung ohne Dienstbezüge gem. § 92 Abs. 1 BBG von-bis -	sonstige Beurlaubung ohne Dienstbezüge von- bis (Bitte Nachweis beifügen) -

Diensteintritt bzw. Beschäftigungsbeginn im öffentlichen Dienst	Inanspruchnahme der Regelung gem. § 11 TVUmBw <input type="checkbox"/> Ja, seit (Datum)	Soldatin auf Zeit /Soldat auf Zeit Verpflichtungsdauer Jahre	von – bis (Datum) -
Gebühmiszahlende Stelle:			

2 Angaben zum Familienstand

erster Antrag bzw. vollständiger Langantrag keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben folgende Änderung:

ledig <input type="checkbox"/>	verheiratet seit (Datum)	in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft seit (Datum)	getrennt lebend seit (Datum)	rechtskräftig geschieden seit (Datum)	verwitwet seit (Datum)
Wenn Sie verheiratet sind oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft leben: Angaben zur Ehegattin / zum Ehegatten / zur eingetragenen Lebenspartnerin / zum eingetragenen Lebenspartner Name, Vorname					
Geburtsdatum					
Berufstätig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
Beschäftigung im öffentlichen Dienst? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Bezeichnung der Behörde:					
Berufsbezeichnung (z. B. Beamtin/Beamter, Tarifbeschäftigte/r)					

Werden Aufwendungen für die nicht selbst beihilfeberechtigte Ehegattin / Lebenspartnerin bzw. den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten / Lebenspartner geltend gemacht?

nein ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben folgende Änderung (bzw. erster Antrag):

Überstiegen die Einkünfte Ihrer Ehegattin / Lebenspartnerin bzw. Ihres Ehegatten / Lebenspartners (§ 2 Abs. 3 EStG – Gesamtbetrag der Einkünfte) im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung den Betrag von 17.000 EUR?
 nein ja

Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich übersteigen?
 nein ja

Wenn Aufwendungen für die Ehegattin / Lebenspartnerin oder den Ehegatten / Lebenspartner geltend gemacht werden, ist dem Antrag als Nachweis des Jahreseinkommens aus dem vorletzten Kalenderjahr der Einkommensteuerbescheid beizufügen.

3 Im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähige Kinder

erster Antrag bzw. vollständiger Langantrag keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben folgende Änderung:

Kind(er): Vorname	Familienname	Geburtsdatum	Ich beziehe den Familienzuschlag (FZ) seit *	Wegfall aus dem FZ bei mir ab *	Wiederaufnahme in den FZ bei mir nach Unterbrechung ab *	Schüler/in	Auszubildende/r, Student/in (Zeitraum: von – bis)
1.						<input type="checkbox"/>	
2.						<input type="checkbox"/>	
3.						<input type="checkbox"/>	
4.						<input type="checkbox"/>	

* Bei Änderungen bitte Nachweis beifügen.

Ist ein Kind oder sind Kinder bei einer anderen beihilfeberechtigten Person ebenfalls berücksichtigungsfähig?

nein ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben ja, folgende Änderung (bzw. erster Antrag):

Welches Kind oder welche Kinder?	Bei wem?	ab (Datum)
----------------------------------	----------	------------

4 Besteht für Sie oder eine berücksichtigungsfähige Person eine **anderweitige** Beihilfeberechtigung?

nein ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben ja, folgende Änderung (bzw. erster Antrag):

Beihilfeberechtigung als	Wer?	ab (Datum)	gegenüber wem
<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter			
<input type="checkbox"/> Tarifbeschäftigte/r			
<input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in (§ 2 BeamtVG)			
<input type="checkbox"/> Abgeordnete/r (§ 27 AbgG)			

5 Krankenversicherungsschutz

erster Antrag bzw. vollständiger Langantrag keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben folgende Änderung:

Personen	Beginn oder Änderung des Versicherungsverhältnisses (Datum)	private Krankenversicherung *	gesetzliche Krankenversicherung **				freie Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattungsanspruch ***	keine Krankenversicherung
			pflichtversichert (§ 5 SGB V)	freiwillig versichert (§ 9 SGB V)	familienversichert (§ 10 SGB V)	Zusatztarife (z. B. Ergänzungstarife zur gesetzlichen Krankenversicherung)		
Beihilfeberechtigte Person		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
berücksichtigungsfähige Person nach § 4 Abs. 1 BBhV		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Bei **privater Krankenversicherung** ist bei erstmaliger Antragstellung sowie bei jeder Tarifumstellung (nicht Beitragsänderung) als Nachweis eine Kopie des aktuellen Versicherungsscheins vorzulegen, aus der der Umfang der Versicherung (z. B. Prozenttarif, Basistarif) hervorgeht. Ist der vorliegende Versicherungsnachweis älter als fünf Jahre, werden Sie von Ihrer Beihilfestelle aufgefordert einen aktuellen Versicherungsnachweis vorzulegen.

** Zu den **gesetzlichen Krankenversicherungen** gehören z. B. AOK, BKK, Ersatzkassen und knappschaftliche Krankenversicherung. Sofern Aufwendungen für eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person geltend gemacht werden, bitte Bescheinigung über die Mitgliedschaft der gesetzlichen Krankenkasse beifügen, aus der der Versicherungsbeginn und der Versicherungsstatus ersichtlich ist.

*** Ein **Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung** kann z. B. nach Beamtenrecht (insbesondere als Folge eines Dienstunfalls) oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen bestehen. Sofern Aufwendungen für eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person geltend gemacht werden, bitte Nachweis oder Bescheid über den Grundanspruch beifügen.

Bitte auch etwaige **Änderungen des Versicherungsschutzes bei Rentenanspruch oder Arbeitslosigkeit** eintragen.

Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt?

(z. B. vom Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger)

nein ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben ja, folgende Änderung (bzw. erster Antrag):

Welcher Person? (Name, Vorname)	ab (Datum)	Höhe des monatlichen Zuschusses
1.		
2.		

Nur anzugeben, von privat krankenversicherten Tarifbeschäftigten:

Der Beitrag zur privaten Krankenversicherung betrug im Monat der Antragstellung € (bitte Nachweis beifügen).

Wurden Leistungen aus einer **Auslandsreisekrankenversicherung** gewährt?

nein ja Bitte Nachweis (Kopie) beifügen.

6 Gesetzliche Rente (nicht Versorgungsbezüge)

Beziehen Sie oder eine berücksichtigungsfähige Person eine **gesetzliche Rente**?

nein ja

Name, Vorname	Art der Rente	seit (Datum)	Anspruch auf Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner	
1.			<input type="checkbox"/> besteht nicht.	<input type="checkbox"/> besteht.
2.			<input type="checkbox"/> besteht nicht.	<input type="checkbox"/> besteht.

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

nein ja

Name, Vorname	beantragt am (Datum)	Der Antrag ist noch ohne Entscheidung	befürwortet, lt. Schreiben vom (Datum)	abgelehnt, lt. Schreiben vom (Datum)
1.		<input type="checkbox"/>		
2.		<input type="checkbox"/>		

7 Sind Sie Empfänger/in von Übergangsgebühren? (Diese Frage ist ausschließlich im Geschäftsbereich BMVG relevant.)

nein ja **Der Bescheid über die Gewährung der Übergangsgebühren ist zwingend beizufügen.**

Übergangsgebühren stehen mir zu von – bis (Datum)	nach § 11 Absatz 2 oder Absatz 4 SVG ab:	nach § 11 Absatz 5 SVG ab:	Falls Sie Student/in werden oder bereits sind, ab/seit wann? (Datum)	Sind Sie in der Fachausbildung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie berufstätig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit (Datum) als (Berufsbezeichnung)				
Arbeitgeber (Name/Firmenbezeichnung, Anschrift)				
Sind oder waren Sie aufgrund dieser Tätigkeit selbst beihilfeberechtigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Handelt es sich um eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

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

nein ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben (Beleg-Nr. angeben!) ja (Unfallschilderung beifügen)

Es handelt sich um				
<input type="checkbox"/> einen Dienstatunfall	<input type="checkbox"/> einen Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> einen Schulunfall	<input type="checkbox"/> einen sonstigen Unfall	<input type="checkbox"/> ein anderes schädigendes Ereignis (z. B. Berufskrankheit)
Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)? <small>Bitte auch Belege mit dem Hinweis „Unfall“ versehen.</small>		Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? <small>(Zu den Ansprüchen auf Kostenerstattung gehören auch Ansprüche z. B. gegen Schulträger, Sportvereine)</small>		
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Erstattungspflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer				

9 Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen (als Ärztin/Arzt, Zahnärztin/Zahnarzt, Heilpraktiker/in, Heilbehandler/in usw.) geltend gemacht?

nein ja. Der/Die Behandelnde ist

Ehegattin/Ehegatte oder Lebenspartner/in	Kind	Elternteil	der behandelten Person.	Beleg-Nr. <small>(Bitte ggf. Nachweis über entstandene Sachkosten beifügen)</small>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

10.1 Wird eine Pauschalbeihilfe bei dauernder häuslicher Pflege geltend gemacht?

nein ja

Pflegegrad	Leistungszusage mit aktuellem Pflegegrad der Pflegeversicherung	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt bei
Name der pflegebedürftigen Person	Name der pflegenden Person	Zeitraum (vom - bis zum)
		-
pauschaliertes Pflegegeld wird beantragt für den Monat/die Monate:		
Unterbrechung der Pflege <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom – bis zum (einschl.) Grund		
-		

10.2 Wird eine Beihilfe bei dauernder vollstationärer Pflege geltend gemacht?

nein ja

Wird zusätzlich Beihilfe zu den Aufwendungen der dauernden vollstationären Pflege beantragt, die den Mindestbehalt des Einkommens übersteigen?(§ 39 Abs. 2 Satz 1 BBhV)		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Einkommensteuer-, Versorgungs- und Rentenbescheid(e) des Vorjahres	<input type="checkbox"/> liegen bei. <input type="checkbox"/> werden nachgereicht.

