



Bitte Zutreffendes ankreuzen  oder deutlich ausfüllen

Antragsteller(in) Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung		Beschäftigungsdienststelle/bei Versorgungsempfängern nur Wohnanschrift	
Geburtsdatum	Telefon (ggf. dienstlich)		

Personalkennzeichen / Versorgungsnummer	VE	DK
---	----	----

### Antrag auf Gewährung einer Beihilfe

Die nachstehenden Angaben sind Voraussetzung für die Bearbeitung Ihres Antrages. Ihre Erhebung beruht auf § 17 der Beihilfevorschriften vom 10. Juli 1995 in der jeweils geltenden Fassung. Ihre Angaben im Beihilfeantrag werden vom LVwA im Rahmen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verarbeitet und gespeichert.

Pflegeaufwendungen nach § 9 BzV

Landesverwaltungsamt Berlin  
- VB B -

10702 Berlin

**Bitte einmalig alle Fragen beantworten (s. Anleitung).**

**Bei wiederholter Antragstellung**

**Haben sich Änderungen bei den Fragen Nr. 1 bis 9 gegenüber den Angaben im letzten Antrag auf Beihilfe ergeben?**

nein,  
weiter bei Nr. 10

ja,  
dann bitte nochmals alle Fragen beantworten

**Nur von Dienstkräften auszufüllen**

1	im öffentlichen Dienst seit: <input type="checkbox"/> vollbeschäftigt <input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt seit: _____ mit Anzahl der Wochenstunden _____	ohne Bezüge beurlaubt von: _____ bis: _____	Beurlaubungsgrund: <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> sonstiger Grund	Dienst-/Arbeitsverhältnis befristet von: _____ bis: _____
---	---	---	---	---

**Nur von Versorgungsempfängern auszufüllen**

Eintritt in den Ruhestand/Entlassung am: _____ Sind Sie noch berufstätig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____	Beziehen Sie mehrere Versorgungsbezüge? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____
--	---

3 Ich bin stationär wegen dauernder Pflegebedürftigkeit untergebracht  
 nein  ja  meine Familienangehörigen sind ebenfalls in einem Pflegeheim untergebracht. (Weitere Angaben hierzu auf einem gesonderten Blatt)

4 Familienstandsbezogene Angaben

Familienstand <input type="checkbox"/> ledig	verheiratet seit _____	geschieden seit _____	verwitwet seit _____	Lebenspartnerschaft seit _____
---	------------------------	-----------------------	----------------------	--------------------------------

4a Schwerbehinderung (mindestens 50 %) bestand zum 01.04.1998 für:  
 Antragsteller(in)  Ehegatte / Lebenspartner/in <sup>1)</sup>  K 1  K 2  K 3  K 4

5 Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen (Ehegatte / Lebenspartner/in <sup>1)</sup> und für die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder)?

Personen bei Angehörigen bitte Vornamen und - falls abweichend - Familiennamen angeben	Kurzbezeichnungen der Krankenversicherung oder der Krankenkasse	bei privater Versicherung - bitte Nachweis über Art und Umfang beifügen - (s. Anleitung)					bei einer gesetzl. Kranken- oder Ersatzkasse (z.B. AOK, BEK, Betriebskrankenkasse)			Freie Heilfürsorge, Krankenhilfe, Kosten-erstattung (s. Anleitung)	Geburtsdatum	nicht versichert
		Prozenttarif (v.H.-Satz angeben)			Festkosten - tarif	Zusatz oder sonst. Tarife	SGB V					
		ambulant	stationär	Zahnkosten			§ 5 pflicht-versichert	§ 9 freiwillig versichert	§ 10 familien-versichert			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Antragsteller(in) (A)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte ausfüllen, wenn Beihilfen für Ehegatte / Lebenspartner/in <sup>1)</sup> oder Kinder beantragt werden.

Ehegatte (E) / Lebenspartner/in <sup>1)</sup>												
Kind K 1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind K 2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind K 3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind K 4					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit bei _____					von - bis / seit: _____			Grund: _____				

6 Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt?  
 nein  ja

Empfänger(in) 1. _____	Höhe des Zuschusses (mtl. EUR)
2. _____	

7	Haben Sie oder Ihre Angehörigen eine weitere Beihilfeberechtigung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	<input type="checkbox"/> aufgrund einer beamtenrechtlichen Versorgung (§ 2 BeamtVG)	wo seit
	<input type="checkbox"/> Ja, aufgrund eines Dienstverhältnisses im öffentlichen Dienst als Beamter	wo seit
	<input type="checkbox"/> Ja, aufgrund eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses	wo seit
<input type="checkbox"/> Ja, aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses		wo seit
8	Sind Angehörige (z.B. Kinder) bei einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Wer? Bei wem (z.B. Ehegatte / Lebenspartner/in <sup>1)</sup> )	
9	Erhalten Sie oder ein(e) berücksichtigungsfähige(r) Angehörige(r) eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder ist diese beantragt worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller(in)	
	Welche Person?	Antragsdatum Ist der Antrag abgelehnt worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> noch nicht entschieden
	Rentenversicherungsträger	

10	Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen (als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Heilbehandler usw.) geltend gemacht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Der/Die Behandelnde ist: <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Elternteil der behandelten Person. Beleg-Nr.:	
Nur ausfüllen bei Arbeitslosigkeit eines berücksichtigungsfähigen Angehörigen, der als arbeitslos beim Arbeitsamt gemeldet ist.		

11	Name:	Zeitraum:
----	-------	-----------

Nur ausfüllen wenn Aufwendungen für den Ehegatten / Lebenspartner/in <sup>1)</sup> geltend gemacht werden.

12	Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) Ihres Ehegatten / Lebenspartner/in im Vorvorkalenderjahr den Betrag von 17.000 EUR? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich ebenfalls übersteigen?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Nur auszufüllen bei Unfällen, anderen schädigenden Ereignissen oder wenn ein Schadenersatz **durch Dritte** in Frage kommt (zusätzlich ist eine Unfallschilderung auf gesondertem Blatt beizufügen)

13	Die geltend gemachten unfallbedingten Aufwendungen (Beleg Nr. _____) sind entstanden durch:				
	<input type="checkbox"/> einen Unfall im privaten Bereich	<input type="checkbox"/> einen Dienst-/Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> eine Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> einen Kindergarten-/Schulunfall	<input type="checkbox"/> ein anderes schädigendes Ereignis
	Haben Sie Anspruch auf Kostenerstattung (z.B. auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, beamtenrechtlichen Unfallfürsorge oder nach dem Opferentschädigungsgesetz)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
	Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Name, Anschrift und Aktenzeichen, Versicherungsnummer des Ersatzpflichtigen/Kostenträgers:					

Nur auszufüllen, wenn die private Krankenversicherung Leistungsausschlüsse enthält.

14	Die nachstehend angegebenen Belege enthalten Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder auf Dauer eingestellt worden sind. Beleg Nr. _____ Bitte Nachweis über Ausschluss beifügen (Versicherungsscheine o.ä.)	
----	--	--

15	<p>Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Beihilfebewilligung sind und dass ich nachträgliche Preiserhöhungen oder Nachlässe auf die Kosten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe. Mir ist auch bekannt, dass ich verpflichtet bin, die Beihilfe für meinen Ehegatten / Lebenspartner/in <sup>1)</sup> zurückzahlen, falls die Angaben über die Höhe der Einkünfte unzutreffend sind oder durch die nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (nach Festsetzung des Finanzamtes) unzutreffend werden.</p> <p>Mir ist weiter bekannt, dass ich im Falle bewusst unrichtiger oder unvollständiger Angaben sowie Verfälschung von Belegen strafrechtlich und disziplinarrechtlich verfolgt werde. Arbeitnehmer haben mit einer Kündigung zu rechnen.</p> <p>Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass die Beihilfenstelle ggf. zur Festsetzung der Beihilfe erforderliche Auskünfte bei meiner Krankenkasse/-versicherung einholt. Hinweis: Ihr Einverständnis trägt dazu bei, Verzögerungen bei der Antragsbearbeitung zu vermeiden.</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Bitte beachten Sie die Anleitung zum Ausfüllen (LVwA VB 1 c).</b></p> <p>_____ Ort, Datum</p> <p>_____ Unterschrift</p>
----	---

1) Gilt nur für eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften im Sinne des § 1 Abs. 1 LPartG