

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
Behördenkennziffer und Personalnummer der Bundesbesoldungsstelle /		Geschäftsbereich BMVg: Personenkennziffer		
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** beim Bundesverwaltungsamt sowie bei **Änderungen in den persönlichen Verhältnissen** sind **durchgängig vollständige Angaben** notwendig.)

1 Angaben zu Status und Beschäftigung

erster Antrag 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"/> Dienstordnungsangestellte / Dienstordnungsangestellter	<input type="checkbox"/> Tarifbeschäftigte / Tarifbeschäftigter
<input type="checkbox"/> Versorgungsempfängerin / seit (Datum) Versorgungsempfänger	<input type="checkbox"/> Empfängerin / Empfänger von Übergangsgebührrnissen	<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. Beschäfti- gungsbeginn 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) -

Gebühreizahlende Stelle:

2 Angaben zum Familienstand

erster Antrag 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 keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben folgende Änderung:

Kind(er): Vorname Familienname	Geburts- datum	Ich beziehe den Famili- enzuschlag (FZ) seit *	Wegfall aus dem FZ bei mir ab *	Wiederauf- nahme in den FZ bei mir nach Unter- brechung 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 oder einem anderen Beihilfeberechtigten 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 einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen 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 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/r		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegattin/Ehegatte Lebenspartner/-in		<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 Angehörige / ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger 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 Angehörige / ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger 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.)

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bitte Nachweis (Kopie) beifügen.			
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)
-			<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?		Handelt es sich um eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

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

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben (Beleg-Nr. angeben!)		<input type="checkbox"/> ja (Unfallschilderung beifügen)
Es handelt sich um		
<input type="checkbox"/> einen Dienstunfall	<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?

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

10 Wird eine Pauschalbeihilfe bei dauernder Pflegebedürftigkeit geltend gemacht?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Pflegestufe	Pflege	Leistungszusage mit aktueller Pflegestufe der Pflegeversicherung
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> III H	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	<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	
-		

11 Werden Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen individuell ausgeschlossen oder eingestellt worden sind, geltend gemacht?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:		
Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)?	Betrag	Nachweis-Versicherungsschein über Ausschluss usw. beifügen, soweit nicht vorliegend

12 Wenn Sie in das Ausland versetzt/kommandiert/abgeordnet worden sind (gilt nur für den Geschäftsbereich BMVg):

Die Zusage der Umzugskostenvergütung (UKV) ist	Mitflug für Personen ist (nach VMBI 1989 S. 197 Nr. 3 oder 4)
<input type="checkbox"/> nicht erteilt worden <input type="checkbox"/> erteilt worden	<input type="checkbox"/> nicht genehmigt worden <input type="checkbox"/> genehmigt worden

13 Sind Sie in das Ausland abgeordnet oder befindet sich Ihr dienstlicher Wohnsitz im Ausland?

(gilt nicht für den Geschäftsbereich BMVg)

nein ja

Wird von der Auslandsvertretung/bei Auslandslehrkräften auch von der Verwaltungsleiterin/dem Verwaltungsleiter ausgefüllt.

Die Ortsüblichkeit und Angemessenheit der Aufwendungen wird bestätigt (innerhalb der EU und bei Aufwendungen je Krankheitsfall bis 1000 € nicht erforderlich).	
Stationäre Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Die gewählte Art der Unterbringung entspricht einem 2-Bettzimmer im Inland <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ort, Datum	Stempel/Unterschrift

14 Auszahlung der Beihilfe

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag	am (Datum)
<input type="checkbox"/> Die Überweisung soll auf das bisherige Konto erfolgen.	<input type="checkbox"/> Erstantragstellung oder Änderung der Bankverbindung, Beihilfe bitte auf folgendes Konto überweisen:	
Geldinstitut (mit Ortsangabe)	Kontoinhaber/in (falls abweichend von dem/der Antragsteller/in)	
IBAN	BIC	

Erklärung

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechtigung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.

Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigelegt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

Ort	Datum
Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten	Bei Vertretung: Unterschrift der Vertreterin/des Vertreters <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt bei

