

<b>Personalnummer (bitte immer angeben)</b>
---

**Ausgefüllten und unterschriebenen Antrag im Original senden an:**

Performa Nord  
 Beihilfefestsetzungsstelle  
 Schillerstr.1  
  
 28195 Bremen

**Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen. Ergänzen Sie Ihre Angaben gegebenenfalls auf einem gesonderten Blatt.**

### Antrag auf Gewährung einer Beihilfe

#### 1 Antragsteller(in)

Name, Vorname		Geburtsdatum
Anschrift (Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer)		
Tagsüber telefonisch erreichbar		Im bremischen Dienst beschäftigt seit:
Dienstlich:	Privat:	
Status		
<input type="checkbox"/> Aktiv Bedienstete(r)	<input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger(in)	<input type="checkbox"/> Abgeordnete(r) der Bremischen Bürgerschaft
Amts-/Dienstbezeichnung		Beschäftigungsdienststelle
Arbeitszeit		
<input type="checkbox"/> vollzeitbeschäftigt	<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt mit	Wochenstunden

#### 2 Bankverbindung

Die Beihilfe soll überwiesen werden auf		
<input type="checkbox"/> das Konto, auf das meine Bezüge überwiesen werden		<input type="checkbox"/> das folgende Konto:
Bank	Bankleitzahl	Kontonummer
Name, Vorname des Kontoinhabers, falls Sie nicht selbst Kontoinhaber(in) sind		

#### 3 Familienstand

Nur auszufüllen bei Erstantrag oder Änderungen

**Hinweis: Bei Überschreitung der nachzuweisenden Einkünfte von 10.000 € (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) kann eine Beihilfe zu Aufwendungen der Ehegattin/des Ehegatten nicht gewährt werden.**

Familienstand		
<input type="checkbox"/> ledig	seit _____	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Name, Vorname der Ehepartnerin/des Ehepartners		Ist Ihr(e) Ehepartner(in) selbst beihilfeberechtigt?
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einkünfte des Ehepartners im Kalenderjahr vor der Antragstellung		
<input type="checkbox"/> keine eigenen Einkünfte <input type="checkbox"/> eigene Einkünfte -> <b>Bitte einmal jährlich den Einkommensteuerbescheid als Nachweis über die Höhe der Einkünfte beifügen!</b>		

#### 4 Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

Nur auszufüllen bei Erstantrag oder Änderungen

Folgende Kinder werden/wurden

- während der letzten 12 Monate bei mir im Familienzuschlag/Sozialzuschlag berücksichtigt  
 nur deshalb nicht berücksichtigt, weil mir kein Familienzuschlag zusteht

Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Berücksichtigungszeitraum	Das Kind		
			befindet sich in der Berufsausbildung im Zeitraum	besucht eine Hochschule im Zeitraum	leistet Wehr- oder Zivildienst im Zeitraum
1					
2					
3					
4					

#### 5 Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?

Nur auszufüllen bei Erstantrag oder Änderungen

Person	Krankenversicherung bzw. Krankenkasse	Privat versichert			Gesetzliche Krankenkasse oder Ersatzkasse			Versicherungsschutz besteht seit	Nicht versichert
		<b>Bitte bei erstmaligen Beihilfeantrag oder Änderungen Nachweis des Versicherungsschutzes beifügen!</b>			Pflichtversichert	Familienversichert	Freiwillig versichert		
		Umfang des Versicherungsschutzes	Ambulant	Stationär					
Antragsteller(in)		%	%	%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ehepartner(in)		%	%	%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kind 1		%	%	%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kind 2		%	%	%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kind 3		%	%	%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kind 4		%	%	%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

#### 6 Erhalten Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung?

Nur auszufüllen bei Erstantrag oder Änderungen

- nein  ja (bitte hier Angaben machen)

Wer?	seit
------	------

#### 7 Erhalten Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger einen Zuschuß zu Krankenversicherungsbeiträgen?

Nur auszufüllen bei Erstantrag oder Änderungen

- nein  ja (bitte hier Angaben machen)

Monatliche Höhe des Zuschusses für den/die		
Antragsteller(in)	Ehepartner(in)	Kinder

**8 Nur ausfüllen, wenn Sie eine Geburtspauschale geltend machen wollen**

Bitte eine Kopie der Geburtsurkunde beifügen.

Vorname des Kindes	Geburtsdatum
--------------------	--------------

**9 Nur ausfüllen, wenn Sie Aufwendungen, die auf Verletzungen durch Unfälle oder andere schädigende Ereignisse zurückzuführen sind, geltend machen wollen**

Bitte eine Unfallschilderung auf gesondertem Bogen beifügen.

Beleg Nr.	Art des Ereignisses <input type="checkbox"/> Dienst- bzw. Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Unfall im privaten Bereich <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> anderes schädigendes Ereignis
Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegen	
Name und Anschrift des Kostenträgers bzw. des Ersatzpflichtigen	

**10 Nur ausfüllen, wenn Sie Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen geltend machen wollen**

Beleg Nr.	Um welche Aufwendungen handelt es sich?
-----------	---

**11 Nur ausfüllen, wenn Sie Aufwendungen für einen Sterbefall geltend machen wollen**

**Hinweis:** Beihilfen zu den beihilfefähigen Aufwendungen, die bis zum Ableben und aus Anlaß des Todes eines Beihilfeberechtigten entstanden sind, werden dem hinterbliebenen Ehegatten und den Kindern gewährt. Sonstige Personen können eine Beihilfe nur erhalten, wenn sie im Todesfall eines Beihilfeberechtigten nachweislich mit den Aufwendungen seiner Krankheit oder Beisetzung belastet sind.

Name des/der Verstorbenen	Todestag	Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Verstorbenen
Anlässlich des Todes stehen Sterbegelder zu:		
Höhe	Zahlende Stelle	

**Ich versichere nach bestem Gewissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.**

Mir ist bekannt, dass nachträgliche Preisermäßigungen, Nachlässe, Erstattungen, Zuschüsse und dergl. umgehend der Beihilfestelle mitzuteilen und evtl. zu viel gezahlte Beiträge zu erstatten sind. Mir ist auch bekannt, dass eine Beihilfe nur gewährt werden kann für Aufwendungen, die innerhalb eines Jahres nach ihrer Entstehung, spätestens jedoch ein Jahr nach der ersten Aufstellung der Rechnung, geltend gemacht werden. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers

<b>Personalnummer (bitte immer angeben)</b>	<b>Name, Vorname</b>
---	----------------------

## Zusammenstellung der Aufwendungen

### Wichtige Hinweise:

**Wenn Aufwendungen für mehrere Personen geltend gemacht werden, bitte die Belege nach Personen geordnet eintragen: Antragsteller(in), Ehepartner(in), Kinder. Bitte Rechnungen und Rezepte einzeln eintragen.**

**Auch Kostenerstattungen von anderer Seite in der Spalte „Kostenerstattungen“ sind durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung nachweislich nach einem Vorhundertsatz (Prozenttarif) bemessen werden, ist kein Einzelnachweis erforderlich.**

**Bei Aufwendungen für Zahnersatz bitte spezifizierte Material- und Laborkostenrechnung beifügen.**

**Für Heilbehandlung, Hilfsmittel und Fahrkosten ist eine ärztliche Verordnung beizufügen.**

Beleg Nr.	Bezeichnung des/der Erkrankten: A – Antragsteller(in), E - Ehepartner(in), bei Kindern Vorname(n)	Datum der Rechnung. Kaufdatum der Arznei	Art der Aufwendungen	Rechnungsbetrag	Kostenerstattung von anderer Seite  (Leistungen nach einem Prozenttarif brauchen nicht angegeben zu werden)
1				€	€
2				€	€
3				€	€
4				€	€
5				€	€
6				€	€
7				€	€
8				€	€
9				€	€
10				€	€
11				€	€
12				€	€
13				€	€
14				€	€
15				€	€
16				€	€
17				€	€
18				€	€
19				€	€
20				€	€
21				€	€
22				€	€
23				€	€
24				€	€
25				€	€
Summe der Aufwendungen				€	€