

ANTRAG

auf Gewährung einer Beihilfe

(Für Pflegeaufwendungen gesondertes Formular verwenden)

Der Antrag ist sorgfältig auszufüllen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Fax-Nr.: 0681- 501 - 6214

0 2 7 3



Landesamt für Zentrale Dienste (LZD)
- Zentrale Beihilfestelle -
Postfach 10 22 44
66022 Saarbrücken

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Korrektureingabe der Beihilfestelle
bitte nicht ausfüllen**

internet: www.zbs.saarland.de

| | | | | | | | | |
|-----------|-----------------------|---------------------------|--|--|--|--|--|-------------------|
| 1. | Name, Vorname | | | | | | | Geburtsdatum |
| | Anschrift | | | | | | | Telefon |
| | (letzte) Dienststelle | 8-stellige Personalnummer | | | | | | im Ruhestand seit |

Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlagen für die Beihilfegewährung sind und dass ich auch nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sowie weitere Kostenerstattungen sofort der Beihilfestelle schriftlich anzuzeigen habe. Mir ist ebenfalls bekannt, dass ich verpflichtet bin, den Wegfall von Kindergeld bzw. der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag sofort anzuzeigen und die Beihilfe für meine/n Ehegattin/Ehegatten zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe der Einkünfte unzutreffend sind oder nachträglich erhöht wurden (z.B. durch Feststellung des Finanzamtes). Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

| | | |
|--------|--|--|
| Ort | Unterschrift der antragstellenden Person | |
| Datum: | Wichtig ! | |

Bei erstmaliger Antragstellung

Bitte alle Fragen beantworten

Bei wiederholter Antragstellung

Haben sich Änderungen bei den Fragen Nr. 2 bis 11 gegenüber den Angaben im letzten Antrag ergeben?

nein, dann weiter bei Nr. 12

ja, dann alle Fragen von Nr. 2 bis Nr. 11 nochmals beantworten, insbesondere die Frage Nr. 5 (Nachweis!)

Ich benötige Antragsformulare:

Gesamtsumme der Aufwendungen

ja:

nein:

Euro

| | | | | |
|-----------|-----------------------------|--|--|---------------------------------------|
| 2. | im öffentlichen Dienst seit | vollbeschäftigt <input type="checkbox"/> | teilzeitbeschäftigt <input type="checkbox"/> | ohne Dienstbezüge beurlaubt von - bis |
|-----------|-----------------------------|--|--|---------------------------------------|

| | | | | |
|-----------|-----------------------------------|--------------------------------|------------------|----------------------------|
| 3. | Familienstand | ledig <input type="checkbox"/> | verheiratet seit | geschieden/ verwitwet seit |
| | Name des Ehegatten/ der Ehegattin | | | Geburtsdatum |

| | | | |
|----|--|--------------------------------|------------|
| 4. | im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder: | | seit wann: |
| | 1. Kind - Vorname (ggfs. Familienname): | Geburtsdatum | |
| | | | |
| | 2. Kind - Vorname (ggfs. Familienname): | Geburtsdatum | |
| | | | |
| | 3. Kind - Vorname (ggfs. Familienname): | Geburtsdatum | |
| | | | |
| | 4. Kind - Vorname (ggfs. Familienname): | Geburtsdatum | |
| | | | |
| | Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit des Kindes: Vorname | Familienzuschlag entfallen ab: | |
| | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----|--|--|----------------|---------------------|------|---------------|---|-----------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------|
| 5. | Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen? (Ehegatte/Ehegattin/im Familienzuschlag berücksichtigte Kinder) | | | | | | | | | | |
| | Versicherungs- schutz besteht seit: | Bei privater Krankenversicherung: Umfang des Versicherungsschutzes Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung unbedingt einen <u>Nachweis</u> beifügen. | | | | | Bei gesetzlicher Krankenversicherung ist die <u>Kassenleistung</u> auf dem Beleg nachzuweisen. | | | | nicht versichert |
| | | ambulant | statio- när | Wahl- leistungen | Zahn | Standardtarif | Fest- kosten- tarif | pflicht- ver- sichert | freiwillig versichert | familien- versichert | |
| | | % - Tarif | | | | | | | | | |
| | Antragsteller/in (A) | | | | | | | | | | |
| | Ehegatte/in (E) | | | | | | | | | | |
| | 1. Kind | | | | | | | | | | |
| | 2. Kind | | | | | | | | | | |
| | 3. Kind | | | | | | | | | | |
| | 4. Kind | | | | | | | | | | |

| | | | |
|----|--|------|--|
| 6. | Wird ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil oder dgl. zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt? | | |
| | <input type="checkbox"/> nein | | |
| | <input type="checkbox"/> ja | wem? | Zuschuss mtl. Krankenversicherungsbeitrag mtl. |
| | | | |

| | | | |
|----|---|------|---|
| 7. | Haben Sie oder ein/e berücksichtigungsfähige/r Angehörige/r eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt? | | |
| | <input type="checkbox"/> nein | | |
| | <input type="checkbox"/> ja | wer? | wann? Ist der Antrag abgelehnt worden? |
| | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| | | |
|----|---|--|
| 8. | Besteht ein Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z.B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder auf Grund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen) für Sie und Ihre Angehörigen? | |
| | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja Bitte Nachweis oder Bescheid beifügen ! |

| | | | | |
|----|---|---|--|---|
| 9. | Besteht eine sonstige eigene Beihilfeberechtigung für Sie oder Ihre Angehörigen? | | | |
| | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, aufgrund | | |
| | <input type="checkbox"/> einer beamtenrechtlichen Versorgung | wer? | | |
| | <input type="checkbox"/> eines Beschäftigungsverhältnisses im öff. Dienst | wer? | | |
| | <input type="checkbox"/> eines Beschäftigungsverhältnisses bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen usw. | wer? | | |
| | <input type="checkbox"/> eines Abgeordnetenverhältnisses | wer? | | |
| | <input type="checkbox"/> als Beamter/ Beamtin | <input type="checkbox"/> als Arbeitnehmer/ in | <input type="checkbox"/> als Abgeordnete/r | <input type="checkbox"/> als Versorgungsempfänger/ in |
| | gegenüber wem: | | | seit wann: |
| | | | | |

| | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|----|---------------------------|
| 10. | Ist ein/e Angehörige/r bei einem/ einer anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig? | | | |
| | In diesem Fall können die Aufwendungen nur mit Originalbelegen geltend gemacht werden. | | | |
| <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | wer: _____ bei wem: _____ |

| | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|---|
| 11. | Erhalten Sie Dienst- oder Versorgungsbezüge (keine Rente) von einer anderen Stelle als der Zentralen Besoldungs- und Versorgungsstelle (ZBS)? | | |
| <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja, in Höhe von: <input type="text"/> Euro/ Monat Bitte Belege beifügen! |

| | | |
|-----|---|---|
| 12. | Nur ausfüllen, wenn die Aufwendungen für die Ehegattin/ den Ehegatten geltend gemacht werden. | Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten im zweiten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrages den Betrag von 16.000 Euro? <input type="checkbox"/> nein |
| | | Bitte Nachweis beifügen - Angaben sind dem Steuerbescheid zu entnehmen. <input type="checkbox"/> ja |
| | | Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich übersteigen? <input type="checkbox"/> nein |
| | | <input type="checkbox"/> ja |

| | | | |
|-----|--|---|----------------------|
| 13. | Nur ausfüllen, bei Arbeitslosigkeit einer berücksichtigungsfähigen Person. | Wer war als arbeitslos bei der Agentur für Arbeit gemeldet? (Vorname, Name) | In welchem Zeitraum? |
| | | _____ | _____ |

| | | | | | |
|-----|--|--|---|--|---|
| 14. | Nur auszufüllen bei Unfällen , anderen schädigenden Ereignissen oder wenn ein Schadenersatz durch Dritte in Frage kommt. Bitte immer Unfallschilderung auf besonderem Blatt beifügen. Name und Anschrift des Schädigers sind anzugeben, evtl. Aktenzeichen. | Die geltend gemachten unfallbedingten Aufwendungen - Belege-Nr. _____ sind entstanden durch: | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Unfall im privaten Bereich | <input type="checkbox"/> einen Dienstanfall | <input type="checkbox"/> einen Arbeitsunfall | <input type="checkbox"/> eine Berufskrankheit |
| | | <input type="checkbox"/> einen Schulunfall | <input type="checkbox"/> einen Kindergartenunfall | <input type="checkbox"/> ein anderes schädigendes Ereignis | |
| | | Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung (z.B. auf Leistungen der gesetzl. Unfallversicherung oder beamtenrechtl. Unfallfürsorge)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| | | Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Hinweis: Auch in Schadenersatzfällen kann Beihilfe gewährt werden. Ersatzansprüche gehen auf den Dienstherrn über. | | |

| | | |
|-----|---|--|
| 15. | Nur ausfüllen in Geburtsfällen bzw. bei Annahme als Kind | Aufwendungen für Säuglings- und Kleinkinderausstattung sind in Höhe von Euro _____ entstanden. |
| | | Wird von anderer Seite ein Pauschalbetrag für den Geburtsfall gezahlt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

| | | | |
|-----|---|---|---|
| 16. | Nur ausfüllen in Sterbefällen Falls der/die Beihilfeberechtigte verstorben ist, wird Beihilfe nur auf Originalbelege gewährt! | Name des/ der Verstorbenen | Todestag |
| | | Steht für den Sterbefall Sterbe- oder Bestattungsgeld aufgrund von Rechtsvorschriften, arbeitsvertraglichen Vereinbarungen oder Schadenersatz zu? | |
| | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: <input type="text"/> Euro. | Die Friedhofsgebühren wurden nach dem Tarif für Kinderbestattungen berechnet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

| | | | |
|-----|--|---|-----------------------|
| 17. | Nur ausfüllen, wenn die private Krankenversicherung Leistungsausschlüsse enthält. | Die nachstehend angegebenen Belege enthalten Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder auf Dauer eingestellt worden sind. Bitte entsprechenden Nachweis beifügen! | |
| | | Belege-Nr.: _____ | Betrag in Euro: _____ |

| | | | |
|-----|--|--|-------------------|
| 18. | Nur ausfüllen, wenn die Behandlung bzw. Leistung durch einen nahen Angehörigen erfolgt ist! | Naher Angehöriger sind: Ehegatte, Kinder, Eltern, Schwiegersöhne, Schwiebertöchter Großeltern, Enkel, Schwäger/innen, Schwiegereltern, Geschwister des/ der Behandelten | Belege-Nr.: _____ |
| | | | |

| | | | |
|-----|---|--|-------------------------------|
| 19. | Nur auszufüllen von Versorgungsempfängern/innen, die außerhalb des öffentlichen Dienstes tätig sind oder waren. | Tätig von <input type="text"/> bis <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> nein |
| | | Steht ein Krankheitsfall, für den Aufwendungen geltend gemacht werden, in einem ursächlichen Zusammenhang mit dieser Berufstätigkeit? <input type="checkbox"/> ja, Beleg-Nr.: <input type="text"/> | |

| | | | |
|---|-------|--------------|------------|
| Ein Abschlag wurde gewährt mit dem Bescheid vom _____ | _____ | i.H.v. _____ | Euro _____ |
|---|-------|--------------|------------|

Die Überweisung erfolgt auf das Bezügekonto. Nur in besonders begründeten Ausnahmefällen kann die Beihilfe auf ein anderes Konto überwiesen werden.

Wichtige Hinweise zu Seite 4

- 1) **Bitte Aufwendungen nach Personen ordnen und eintragen**
- 2) **Kostenerstattung von dritter Seite nachweisen/bei Prozenttarif nicht erforderlich**
- 3) **Bei REHA-Maßnahmen, Heilkur und Sanatorium Arzt- und Unterkunftskosten getrennt auflisten**
Nachweis der Kostenerstattung unbedingt beifügen!
- 4) **Rechnungsbeträge, die nicht in €ausgewiesen sind, müssen eine Währungsangabe enthalten.**

| Beleg Nr. | ▶ A = Antragsteller E = Ehegatte Kind = Vorname | Datum der Rechnung/ Verordnung | Art der Leistung (ärztliche Behandlung, Verordnung, Hilfsmittel, Krankenhaus, Zahnbehandlung, Kur, Sanatorium,...) | Rechnungsbetrag | Kosten- erstattung von anderer Seite | Bemerkung |
|-------------------------------------|--|-----------------------------------|--|-----------------|--|-----------|
| | | | | € | € | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 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 | | | | | | |
| Gesamtsumme der Aufwendungen | | | | | | |