

# Antrag auf Beihilfe in der beamtenrechtlichen Krankenfürsorge (Für Dienstunfallaufwendungen gesonderten Vordruck bei der Dienststelle anfordern)

Bitte diesen Bereich immer ausfüllen

Familienname, Vorname(n)	Beschäftigungsdienststelle	Besoldungsgruppe/ Entgeltgruppe	Geburtsdatum	Telefon
--------------------------	----------------------------	------------------------------------	--------------	---------

**Der Beihilfeantrag enthält:**

**krankheitsbedingte Aufwendungen**

**Aufwendungen aufgrund einer Pflegeeinstufung**

**Personalnummer**

**Bei erstmaliger Antragstellung (auch nach Eintritt in den Ruhestand) und bei Beihilfeberechtigten, für die das Finanzverwaltungsamt das Gehalt nicht anweist (Amtshilfefälle), bitte alle Fragen beantworten.**

**Bei wiederholter Antragstellung (ohne Amtshilfefälle):**

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

nein  ja, folgende Änderungen unter Nr. 1 bis 9

**weiter bei Nr. 10                      dann weiter ab Nr. 10**

Finanzverwaltungsamt  
Schleswig-Holstein  
- Beihilfe -  
Speckenbeker Weg 133  
24113 KIEL

<b>1</b>	Dienststelle der Antragstellerin/des Antragstellers; bei Versorgungsempfängerin/Versorgungsempfänger Wohnungsanschrift:		
<b>→</b>	Nur ausfüllen, wenn <b>nicht</b> Versorgungsempfängerin/Versorgungsempfänger		im öffentlichen Dienst seit:
	im Landesdienst seit:		
	<input type="checkbox"/> vollbeschäftigt	ohne Bezüge beurlaubt/ freigestellt	Beurlaubungsgrund
	<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt	mit Anzahl der Wochenstunden	<input type="checkbox"/> Freistellung Altersteilzeit
	seit:	von: _____	Elternzeit
		bis: _____	<input type="checkbox"/> sonstiger Grund
			Dienst-/Arbeitsverhältnis befristet:
			von: _____
			bis: _____
<b>→</b>	Nur ausfüllen, wenn Versorgungsempfängerin/Versorgungsempfänger		Eintritt in den Ruhestand am:
	Sind Sie noch berufstätig?		Beziehen Sie mehrere Versorgungsbezüge?
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____
<b>2</b>	Haben Sie oder Ihre Angehörigen (Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner und im Familienzuslag berücksichtigungsfähige Kinder) einen Anspruch auf:		
	<b>Heilfürsorge</b> nach Beamten- oder Soldatenrecht ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
	<b>Krankenhilfe</b> nach Bundesversorgungs-, Lastenausgleichs-, Bundesentschädigungs-, Entwicklungshelfergesetz ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
	<b>Krankenfürsorge</b> nach dienst- oder arbeitsvertraglichen Regelungen ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
<b>3</b>	Besteht eine <b>Lebenspartnerschaft</b> nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz ( LPartG) ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte beglaubigte Fotokopie der Urkunde beifügen		
<b>4</b>	Welcher Kranken-/Pflegeversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen (Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner und im Familienzuslag berücksichtigungsfähige Kinder)? Haben Sie oder Angehörige eine Auslandskrankenversicherung?		
	<b>Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.</b>		
	<b>Bei Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung wird ein Nachweis benötigt, aus dem hervorgeht ob es sich um eine Pflichtversicherung oder eine freiwillige Mitgliedschaft handelt.</b>		
	<input type="checkbox"/> Es besteht <b>kein</b> Krankenversicherungsschutz für _____	<input type="checkbox"/> Es besteht <b>kein</b> Pflegeversicherungsschutz für _____	
	Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit bei	von - bis / seit:	Grund:
	Einkünfte aus Erwerbstätigkeit des Kindes	von - bis / seit:	Höhe der Einkünfte (€ mtl.):
	Vorname		
<b>5</b>	<b>Nur bei Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung:</b>		Rechtsgrundlage ( z. B. § 257 SGB V )
	Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen aufgrund eines Arbeitsverhältnisses oder eines Rentenbezuges gewährt?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →
	Empfängerin/Empfänger	Höhe des Zuschusses (€ mtl.)	Höhe des Versicherungsbeitrages (€ mtl.)
	1.		
	2.		
	<b>Wird in der gesetzlichen Krankenkasse als freiwilliges Mitglied ein geringerer als der allgemeine Beitragssatz gezahlt?</b>		Rechtsgrundlage (z. B. § 240 Abs. 3 a SGB V)
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ↓		
	Höhe des allgemeinen Beitrages (€ mtl.)	Höhe des Zuschusses (€ mtl.)	
	Zahlungspflichtige/Zahlungspflichtiger:		

		/					/			
--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--

Von der Beihilfestelle auszufüllen (Antragsnummer)

**Zusammenstellung der Aufwendungen (höchstens 40 Belege)**  
 Wenn Aufwendungen für mehrere Personen geltend gemacht werden, bitte die Belege nach Personen geordnet eintragen: Antragstellerin/Antragsteller, Ehegattin/Ehegatte, Lebenspartnerin/Lebenspartner, Kinder

Bitte keine Originale sondern gut lesbare Duplikate, Zweitschriften oder Fotokopien einreichen.  
 Originale nur auf ausdrückliches Verlangen oder in Todesfällen vorlegen.

**Krankheitsbedingte Aufwendungen**

( bitte Rechnungen und Rezepte einzeln eintragen )

B e l e g  N r.	Bezeichnung der/des Erkrankten A = Antragsteller/in E = Ehegatte/in L = Lebenspartner/in Bei Kindern Vorname	Datum der Rechnung, Kaufdatum der Arznei	Art der Leistung ( z.B. ärztl./zahnärztl. Behandlung, Arzneimittel, Hilfsmittel, Stationäre Behandlung, Sanatorium, Heilkur, Fahrkosten )	Rechnungs- betrag		B e l e g  N r.	Bezeichnung der/des Erkrankten A = Antragsteller/in E = Ehegatte/in L = Lebenspartner/in Bei Kindern Vorname	Datum der Rechnung, Kaufdatum der Arznei	Art der Leistung ( z.B. ärztl./zahnärztl. Behandlung, Arzneimittel, Hilfsmittel, Stationäre Behandlung, Sanatorium, Heilkur, Fahrkosten )	Rechnungs- betrag	
				Euro	Cent					Euro	Cent
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
									Übertrag		
										Zwischensumme 1	

# Aufwendungen für Pflege

**Beim Erstantrag und bei Änderungen muss der Leistungsbescheid der Pflegeversicherung beigelegt werden**

B e l e g  N r.	Bezeichnung der/des Erkrank- ten A = Antragsteller/in E = Ehegatte/in L = Lebenspart- ner/in Bei Kindern Vorna- me	Datum der Rechnung	Art der Leistung bzw. Monat der Pflegeleistung	Rechnungs- betrag		B e l e g  N r.	Bezeichnung der/des Erkrank- ten A = Antragsteller/in E = Ehegatte/in L = Lebenspart- ner/in Bei Kindern Vorna- me	Datum der Rechnung	Art der Leistung bzw. Monat der Pflegeleistung	Rechnungs- betrag	
				Euro	Cent					Euro	Cent
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	

**Ambulante Pflege / Ambulante zusätzliche Betreuungsleistungen**


**Verhinderungs- / Kurzzeitpflege** (Erstattungsnachweis der Pflegeversicherung beifügen)


**Vollstationäre Pflege** (Einkommensänderungen sind mitzuteilen) / **Behindertenhilfe**


**Pflegehilfsmittel** (Erstattungsnachweis der Pflegeversicherung beifügen)


Zwischensumme 2

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zwischensumme 3

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zwischensumme 2

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zwischensumme 1

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gesamtsumme

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Pflegepauschale für** \_\_\_\_\_ (Name)

**Pflegestufe** \_\_\_\_

Ich beantrage für die dauernde häusliche Pflege die monatliche Pauschalbeihilfe für den Zeitraum

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(im voraus höchstens für 6 Monate)

**Angaben soweit die pflegende Person  
rentenversichert wurde**

Name, Vorname, Anschrift

Rentenversicherungsnummer

**Bei Versicherungspflicht der pflegenden Person bitte  
die Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung  
zur Rentenversicherung beifügen!**

**Die Überweisung der Beihilfe erfolgt grundsätzlich auf das Konto,  
auf das auch Ihre Besoldung / Versorgung / Vergütung gezahlt wird.**

**Abweichende Bankverbindungen sind in folgenden  
Ausnahmefällen zulässig (BITTE STETS UNTEN EINTRAGEN):**

- Ein Sonderkonto des Beihilfeberechtigten
- Für getrennt lebende Ehegatten / Lebenspartner sowie infolge der Trennung aushäusig lebende Kinder
- Direktüberweisung an Krankenhäuser
- Sterbefall / Überleitung durch Sozialamt / Betreuung

***Kontodaten nur bei abweichender  
Bankverbindung ausfüllen!***

Kontonummer

BLZ

Name des Geldinstituts

Name der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers

Anschrift

6	Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt oder werden solche Renten bereits gezahlt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ↓				
	bei	Antragsdatum	Ist der Antrag abgelehnt worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> noch nicht entschieden		
	für (Vorname(n), Familienname)		Rentenhöhe:		
7	Haben Sie oder Ihre Angehörigen eine sonstige eigene Beihilfeberechtigung? <input type="checkbox"/> nein				
	<input type="checkbox"/> Ja, aufgrund einer beamtenrechtlichen Versorgung	wer:			
	<input type="checkbox"/> Ja, aufgrund eines Dienstverhältnisses im öffentlichen Dienst als Beamtin/Beamter	wer:			
	<input type="checkbox"/> Ja, aufgrund eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses	wer:			
	<input type="checkbox"/> Ja, aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses	wer:			
gegenüber wem:		seit:			
8	Sind Angehörige bei einer/einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ↓				
	Wer?				
	Bei wem (z. B. Dienstherr, Arbeitgeber usw.)?				
9	<b>Familienstandsbezogene Angaben</b>				
	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig	verheiratet seit / Lebenspartnerschaft seit	geschieden oder verwitwet seit / Lebenspartnerschaft aufgehoben seit	Name(n) der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners	Geburtsdatum
	Ist die Ehegattin/der Ehegatte (auch die/der geschiedene/getrennt lebende) bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner (auch die/der getrennt lebende oder bei aufgehobener Lebenspartnerschaft) beziehungsweise die Mutter/der Vater berücksichtigungsfähiger gemeinsamer Kinder selbst beihilfeberechtigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bei wem?				Personalnummer wenn beim FVA?
	Wer soll den höheren Bemessungssatz erhalten (§6 Abs. 1 Satz 3 BhVO)? <input type="checkbox"/> Antragstellerin/Antragsteller <input type="checkbox"/> andere(r) Beihilfeberechtigte(r) der berücksichtigungsfähigen gemeinsamen Kinder				Unterschrift des anderen Beihilfeberechtigten

↓ **Bitte nachfolgende Fragen bei jeder Antragstellung beachten** ↓

10	Immer ausfüllen, wenn Aufwendungen für die Ehegattin / den Ehegatten, die Lebenspartnerin / den Lebenspartner geltend gemacht werden	Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartners im Vorvorkalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags den Betrag von 18.000 €? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
		Nur beantworten, wenn die 1. Frage mit ja beantwortet wurde. Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich übersteigen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
11	Immer ausfüllen bei Verletzungen, Unfällen oder anderen schädigenden Ereignissen	Die verletzungs- / unfallbedingten Aufwendungen sind entstanden durch		
		<input type="checkbox"/> ein Ereignis im privaten Bereich	<input type="checkbox"/> einen <b>Dienstunfall</b> (Rechnungen sind mit dem Vordruck „Antrag auf Erstattung von Aufwendungen im Rahmen der Dienstunfallfürsorge“ bei der Dienststelle einzureichen und nicht direkt bei der Beihilfestelle)	<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 verletzungs- / unfallbedingten Aufwendungen 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		
		<input type="checkbox"/> Verletzung / Unfall wurde <b>durch Eigenverschulden</b> verursacht => Bitte Sachverhalt / Hergang auf neutralem Papier kurz darlegen! <input type="checkbox"/> Verletzung / Unfall wurde <b>durch Dritte</b> verursacht => Bitte Unfallvordruck vom Finanzverwaltungsamt anfordern bzw. aus dem Internet ( <a href="http://www.schleswig-holstein.de">www.schleswig-holstein.de</a> ) herunterladen und diesem Antrag ausgefüllt beilegen! Enthalten Rezepte bzw. Rechnungen nur teilweise unfallbedingte Aufwendungen, dann sind die betroffenen Positionen entsprechend zu kennzeichnen.		
Datum der Verletzung / des Unfalls:		Unfallvordruck Finanzverwaltungsamt <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> liegt bereits vor	Betroffen sind die Belege Nr. :	
12	Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für die Behandlung durch einen nahen Angehörigen (z.B als Arzt) geltend gemacht werden.	Um welche Aufwendungen handelt es sich? - Beleg Nr. (Als nahe Angehörige gelten: Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person)		
13	Nur ausfüllen, wenn die private Versicherung individuelle Leistungsausschlüsse enthält.	Die nachstehend angegebenen Belege enthalten Aufwendungen für Krankheiten, für die <b>Versicherungsleistungen ausgeschlossen</b> oder <b>auf Dauer eingestellt</b> worden sind. Beleg Nr.: <span style="float: right;">Bitte Nachweis über Ausschluss beifügen (Vers.-Scheine o. Ä.)</span>		
14	Nur ausfüllen in Todesfällen	Name der/des Verstorbenen:	Todestag:	
15	Nur ausfüllen, wenn Sie einen Abschlag erhalten haben	Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten in Höhe von €	Bescheid vom:	

16	Ich versichere nach bestem Wissen die <b>Vollständigkeit</b> und <b>Richtigkeit</b> meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Beihilfebewilligung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Nachlässe auf die Kosten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe. Mir ist auch bekannt, dass ich verpflichtet bin, die Beihilfe für meine Ehegattin/meinen Ehegatten bzw. meine Lebenspartnerin/meinen Lebenspartner zurück-zuzahlen, falls die Angaben über die Höhe ihrer/seiner Einkünfte unzutreffend sind oder durch die nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (nach Festsetzung des Finanzamtes) unzutreffend werden. 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. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.	
	Ort, Datum:	Unterschrift:

**Bitte den oberen Bereich auf Seite 1 vollständig ausfüllen und sämtliche Rezepte / Rechnungen auf Seite 2 / 3 eintragen !**