

An Oberfinanzdirektion Erfurt  
 Beihilfestelle Land  
 Am Burgblick 23, 07646 Stadtroda

Eingangsstempel

## Antrag auf Beihilfe (amtliche Fassung der OFD Erfurt)

in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen nach den Beihilfavorschriften (BhV) des Bundes

Name, Vorname, Amtsbezeichnung	Geburtsdatum	Personal-/Kenn-Nummer
Anschrift (nur bei Änderung oder Erstantrag bei dieser Festsetzungsstelle)	Tel. dienstlich	Tel. privat (freiwillige Angabe)

Zutreffendes bitte  ankreuzen, ggf. Spalten deutlich ausfüllen.

(Bei erstmaliger Antragstellung bei dieser Festsetzungsstelle sind durchgängig vollständige Angaben notwendig.)

### 1 Angaben zur Beschäftigung

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben  folgende Änderung:

Dienststelle/Pensionsregelungsbehörde, Ort, Dienststellen-Nr.	seit	Versorgungsempfänger(in) seit
<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt von – bis	mit Wochenstunden (Anzahl)	<input type="checkbox"/> befristet beschäftigt von – bis
<input type="checkbox"/> Erziehungsurlaub von – bis	<input type="checkbox"/> Beurlaubung ohne Dienstbezüge gem. § 76 Abs. 4 S.1 Nr. 2 ThürBG von – bis	<input type="checkbox"/> sonstige Beurlaubung ohne Dienstbezüge vom – bis zum (Rechtsgrundlage)

### 2 Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben  folgende Änderung:

1. Kind – Vorname* geboren am	3. Kind – Vorname* geboren am
2. Kind – Vorname* geboren am	4. Kind – Vorname* geboren am
<input type="checkbox"/> Wegfall eines Kindes aus dem Familienzuschlag Vorname ab	<input type="checkbox"/> Wiederaufnahme eines Kindes in den Familienzuschlag nach einer Unterbrechung (z.B. Wehr- oder Zivildienst) Vorname ab

\* ggf. abweichender Familienname

### 3 Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen?

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben  folgende Änderung:

Personen	Private Krankenversicherung* ab dem (Datum)	Gesetzliche Krankenversicherung			Freie Heilfürsorge, Krankenhilfe- oder Kostenerstattungsanspruch ** ab dem (Datum)	Keine Krankenversicherung ab dem (Datum)
		pflichtversichert (§ 5 SGB V) ab dem (Datum)	freiwillig versichert (§ 9 SGB V) ab dem (Datum)	familienversichert (§ 10 SGB V) ab dem (Datum)		
Beihilfeberechtigte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegatte	<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"/>
2. Kind	<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"/>
4. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Bei erstmaliger Antragstellung sowie bei jeder Tarifumstellung oder -änderung (nicht: Beitragsänderung) bitte einen Nachweis beifügen.

\*\* Bitte Nachweis oder Bescheid über den Grundanspruch beifügen.

Bei **privater Krankenversicherung** ist als Nachweis eine Kopie des aktuellen Versicherungsscheines notwendig. Zu den **gesetzlichen Krankenversicherungen** gehören z.B. AOK, BKK, Ersatzkassen und knappschaftliche Krankenversicherung. Ein Anspruch auf **Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung** kann z. B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen bestehen.

Hier auch etwaige Änderungen des Versicherungsschutzes bei Rentenanspruch oder Arbeitslosigkeit eintragen.

**4.1 Besteht für Sie oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine anderweitige Beihilfeberechtigung?**

nein  ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben  ja folgende Änderung: Beihilfeberechtigung aufgrund

<input type="checkbox"/> des Erhalts von Versorgungsbezügen (§ 2 BeamtVG)	Wer
<input type="checkbox"/> eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst	Wer
<input type="checkbox"/> eines Beschäftigungsverhältnisses bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen usw.	Wer
<input type="checkbox"/> eines Abgeordnetenverhältnisses	Wer
als <input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in) <input type="checkbox"/> Abgeordnete(r) <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger(in)	
gegenüber wem?	ab wann?

**4.2 Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt (z.B. vom Arbeitgeber oder RV-Träger)?**

nein  ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben  ja, folgende Änderung:

Welcher Person (Name, Vorname)	ab dem	Höhe des monatlichen Zuschusses
Bei <b>freiwilliger</b> Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung nach Vollendung des 65. Lebensjahres <input type="checkbox"/> Der Krankenversicherungsbeitrag ist gem. § 240 Abs. 3 a) SGB V ermäßigt seit:		

**5 Ist ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger bei einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?**

nein  ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben  ja, folgende Änderung: ab (Datum).....

Welche Person (Name, Vorname)	bei wem (Aufwendungen können nur mit Originalbelegen geltend gemacht werden)
-------------------------------	--

**6 Werden Aufwendungen für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten geltend gemacht?**

nein  ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben  ja, folgende Änderung:

Name, Vorname des Ehegatten	Geburtsdatum	verheiratet/geschieden/verwitwet seit
Überstiegen die Einkünfte Ihres Ehegatten (§ 2 Abs. 3 EStG) im vorvergangenen Kalenderjahr den Betrag von 18.000 EUR ? * <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, werden im laufenden Kalenderjahr noch Einkünfte über 18.000 EUR erzielt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

\* Nachweis wird ggf. angefordert.

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

nein  ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben (Beleg-Nr. angeben)  ja (Unfallschilderung beifügen),  
es handelt sich um:

<input type="checkbox"/> einen Dienstatunfall <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.) ? – Bitte auch die Belege mit Hinweis " <b>Unfall</b> " versehen
Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? * <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Ersatzpflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer

\* Zu den Ansprüchen auf Kostenerstattung gehören auch Ansprüche z.B. gegen Schulträger, Sportvereine.

**8 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 Behandelnde ist <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Elternteil der behandelten Person	Beleg-Nr. (Bitte Nachweis über entstandene Sachkosten beifügen)
---	--

**9 Wird eine Pauschalbeihilfe für häusliche Pflege geltend gemacht?** nein  ja

Leistungszusage mit Pflegestufe der Pflegeversicherung

 liegt vor liegt bei

Name der pflegebedürftigen Person	Name der Pflegeperson	Zeitraum (vom– bis zum)
Unterbrechung der Pflege <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Zeitraum (vom – bis zum)		
Grund:		

**10 Werden Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind, geltend gemacht?** nein  ja, folgende:

Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.) ?	Betrag	Nachweis – Versicherungsschein über ▶ Ausschluss usw. bitte beifügen, soweit nicht vorliegend
--	--------	--

**11 Angaben zu Beihilfen in Sonderfällen (bitte entsprechenden Nachweis beifügen)****a) in Geburtsfällen (§ 11 Abs. 2 BhV):**

<input type="checkbox"/> Pauschbetrag für Säuglings- und Kleinkinderausstattung wird beantragt	Vorname des Kindes
--	--------------------

**b) in Todesfällen (§ 12 BhV):**

<input type="checkbox"/> Beihilfe für Aufwendungen aus Anlass des Todes wird beantragt	Name des/der Verstorbenen	gestorben am
<input type="checkbox"/> Ich erkläre, dass mir aus Anlass der Beisetzung Aufwendungen ohne Überführungskosten in Höhe von ..... EUR oder <input type="checkbox"/> von mindestens 665 EUR (bei Bestattung eines Kindes: 435 EUR) entstanden sind.		
Anlässlich des Todesfalles stehen Sterbegelder zu <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Beträge Zahlende Stellen		

**12 Auszahlung der Beihilfe**

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten	Betrag	am
Die Auszahlung soll erfolgen <input type="checkbox"/> bar * <input type="checkbox"/> auf mein bekanntes Konto <input type="checkbox"/> auf nachstehendes Konto	Konto-Nr.	BLZ
bei (Geldinstitut mit Ortsangabe)	Name des Kontoinhabers (falls abweichend von dem/der Antragsteller/in)	

\* soweit der Beihilfefestsetzungsstelle noch möglich.

**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.

Datum	Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten oder der/des Bevollmächtigten. → Vollmacht <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt bei
-------	--

- Zusammenstellung der Aufwendungen bitte auf der Folgeseite →

