

# Antrag auf Beihilfe

Antragsteller/in Name/Vorname	Personalnummer
	Geburtsdatum
Dienststelle oder Pensionsregelungsbehörde ggf. Schule und zuständiges Schulamt	Telefon dienstl.  priv.

Eingangsstempel
-----------------

Zutreffendes bitte  
 ankreuzen und/oder  
ausfüllen

An Landeshauptstadt Wiesbaden  
Personalamt - 110231  
Hasengartenstr. 21  
in 65189 Wiesbaden

Bei wiederholter Ausstellung  
Haben sich Änderungen bei den Angaben zu Nr. 1 bis 7  
gegenüber den Angaben im letzten Beihilfeantrag ergeben?  
nein **bitte weiter bei Nr. 8**  
ja **bitte Nr. 1 bis 7 vollständig ausfüllen**

## 1 Allgemeine Angaben

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		Amts- oder Dienstbezeichnung
Familienstand	in	Versorgungsempfänger/in
ledig verheiratet	Lebenspartnerschaft	ja, seit
	verwitwet geschieden seit	
Vorname der Ehegattin/des Ehegatten	Nachname der Ehegattin/des Ehegatten (nur bei Abweichung)	
BIC	IBAN	

## 2 Angaben zur Beschäftigung

vollbeschäftigt im öffentlichen Dienst seit	teilzeitbeschäftigt im öffentlichen Dienst seit	mit Wochenstunden	befristet beschäftigt von - bis
Elternzeit von - bis	Beurlaubung ohne Bezüge nach § 85a Abs. 7 HBG oder § 7a HRiG von - bis	sonstige Beurlaubung ohne Bezüge von - bis	

## 3 Angaben zur Berücksichtigung von Angehörigen

Sind oder waren die Ehegattin/der Ehegatte oder berücksichtigungsfähige Kinder in den letzten zwölf Monaten vor der Antragstellung berufstätig, in (Hoch-)Schulbildung, in Berufsausbildung, arbeitslos, in Mutterschutz oder Elternzeit, Empfänger/in von Versorgungsbezügen oder Renten? Nein

Ja, und zwar **(bitte auch beantworten, wenn keine Aufwendungen für die Person geltend gemacht werden)**

Name des/der Berufstätigen usw.	Name der Ausbildungsstätte bzw. „berufstätig“, „Schulbildung“, „Hochschulbildung“, „arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld oder -hilfe“, „Mutterschutz“, „Elternzeit“, „Versorgungsempfänger/in“ oder „Rentenbezieher/in“	berufstätig, in Ausbildung, arbeitslos usw. von - bis

Wegfall der Berücksichtigung bei (Name der berücksichtigungsfähigen Angehörigen) von - bis/seit Grund

Sofern die Ehegattin/der Ehegatte im öffentlichen Dienst tätig ist: Für welche Kinder erhält diese/dieser den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag, Ortszuschlag oder Sozialzuschlag? Voramen

Für folgende Kinder bestand bzw. besteht wegen deren Einkünfte oder Bezüge kein Kindergeldanspruch:

Name	Zeitraum	Name	Zeitraum

## 4 Krankenversicherungsschutz (bitte auch ausfüllen, wenn für einzelne der nachstehenden Personen keine Beihilfe beantragt wird)

versicherte Person	Geburtsdatum	Bezeichnung der Krankenversicherung	privat vers.	privat vers. Standardtarif	bei gesetzlicher Krankenversicherung			
					freiwillig vers.	pflicht- vers.	familien- vers. bei A oder E	rentner- krank- versichert -KVdR-
Antragsteller/in (A)								
Ehegatte oder anderer Elternteil (E)	*)							
Kind								
Kind								
Kind								
Kind								

Bei einem Wechsel der Krankenversicherung: Wann und bei welcher Person hat dieser stattgefunden?

\*) Nur ausfüllen, wenn für die Ehegattin/den Ehegatten Aufwendungen für Vorsorgemaßnahmen (§ 10 HBeihVO) geltend gemacht werden.

**5 Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag**

Für in der privaten Krankenversicherung versicherte Beschäftigte sowie freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beschäftigte (Angestellte, Arbeiter, Lohnempfänger)

Wird Ihnen vom Arbeitgeber ein Zuschuss zu Ihren Krankenversicherungsbeiträgen gewährt?

ja  
nein

**6 Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine sonstige eigene Beihilfeberechtigung?**

nein ja, aufgrund

einer beamtenrechtlichen Versorgung	wer
eines Beamtenverhältnisses	wer
eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses	wer
eines Amts- oder Abgeordnetenverhältnisses	wer
gegenüber wem	seit

**7 Sind Angehörige bei anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?**

nein ja

wer	bei wem?	Aufwendungen können nur mit Originalbelegen geltend gemacht werden.
-----	----------	---

**8 Vorrangige Ansprüche/Teilnahme an der Kostenerstattung**

a) Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige zu den geltend gemachten Aufwendungen einen Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung aufgrund von Rechtsvorschriften (z. B. SGB V, SGB VI, SGB VII, SGB VIII, SGB XI, RVO, Unfallfürsorgebestimmungen, Lastenausgleichsgesetz Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz, Soldatenrecht) oder aufgrund arbeitsvertraglicher Vereinbarungen?  
- Es sind insbesondere Leistungen gesetzlicher Krankenkassen und von Pflegekassen anzugeben -

nein ja  > Bitte Nachweis oder Bescheid beifügen

b) Wird nach § 13 Abs. 2 oder § 64 SGB V anstelle von Sachleistungen Kostenerstattung gewährt? nein ja

**9 Einkünfte der Ehegattin oder des Ehegatten**

Die Ehegattin / der Ehegatte hatte im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung keine Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG)  
- bitte Anmerkung Nr. 6 auf Seite 4 beachten -

Die Einkünfte der Ehegattin / des Ehegatten überstiegen im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung den einfachen bzw. doppelten steuerlichen Grundfreibetrag nach § 32 a Abs. 1 EStG (2021 = 19.488 EUR und 2022 = 20.694 EUR)

nein ja

Wird diese Einkunftsgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten?

nein ja

**10 Nur ausfüllen für Personen mit Rentenanspruch**

Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?

nein ja

wer	wann	Ist der Antrag abgelehnt worden?
		nein

**11 Nur Ausfüllen für Personen mit Anspruch auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz**

Besteht Anspruch auf Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz? nein ja Besteht Anspruch auf freie Heilfürsorge (z. B. Bundesbehandlungsschein)? nein ja

Beziehen sich geltend gemachte Aufwendungen auf Versorgungsleiden? nein

**12 Nur ausfüllen, wenn von freiwillig gesetzlich Versicherten (ohne Beitragszuschuss) nach § 5 Abs. 5 HBeihVO Beihilfe zum Geldwert von Sachleistungen beantragt wird**

Der Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung (ohne Pflegeversicherung) betrug für die dem Antragsmonat vorausgegangenen letzten zwölf Kalendermonaten (ohne Beitragsersatzungen)						
	Nachweis ist beigelegt			Nachweis liegt bereits vor		
	von - bis	EUR - monatl.	von - bis	EUR - monatl.	von - bis	EUR - monatl.
Antragsteller/in						
Ehegatte						
Kind						
Kind						

**13 Nur ausfüllen bei Unfällen und Verletzungen (bitte kurze Schilderung beifügen)**

Es handelt sich bei den Aufwendungen nach Beleg-Nr. \_\_\_\_\_ um

einen Dienstunfall	einen Arbeitsunfall	eine Berufskrankheit	einen Schulunfall/ Kindergartenunfall	ein anderes schädigendes Ereignis (z. B. Unfall oder Verletzung im privaten Bereich)
Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung (z. B. auf Leistungen aus der beamtenrechtlichen Unfallfürsorge oder der gesetzlichen Unfallversicherung)?				
nein	ja			
Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht?				
nein	ja	<input checked="" type="checkbox"/>		
Name, Anschrift des Kostenträgers (z. B. Versicherung) bzw. Ersatzpflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer				

**14 Nur ausfüllen, wenn Versorgungsempfänger die Freistellung von den Eigenanteilen an Arznei- und Verbandmitteln beantragen**

Die Versorgungsbezüge betragen im Monat der Antragstellung	EUR
--	-----

**15 Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen (Ehegatten, Kinder oder Eltern) geltend gemacht werden**

Der Behandler ist	Ehegatte	Kind	Elternteil	der behandelten Person	Beleg-Nr.
-------------------	----------	------	------------	------------------------	-----------

**16 Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht werden, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind**

Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)?	Betrag EUR	• Nachweis - Versicherungsschein über Ausschluss usw. bitte beifügen.
---	------------	---

**17 Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für häusliche oder stationäre Pflege geltend gemacht werden**

Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)?	Leistungen der Pflegeversicherung in Höhe von EUR (bitte nachweisen)				
Name der pflegebedürftigen Person	Name der Pflegeperson(en) bei nicht erwerbsmäßiger Pflege			Verwandtschaftsverhältnis	
Pflegegrad	2	3	4	5	Nachweis ist nur bei der erstmaligen Beantragung von Beihilfe zu Pflegeleistungen erforderlich.
Es wird Pauschalbeihilfe für häusliche Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegekräfte beantragt					
Unterbrechung der Pflege von - bis			Bestätigung über erbrachte häusliche Pflege		
(Unterschrift der Pflegeperson(en))					

## 18 Nur ausfüllen in Todesfällen

Name des/der Verstorbenen	In welchem Verwandtschaftsverhältnis standen Sie zu der verstorbenen Person?	Todestag	Todesort
Ich erkläre, dass mir aus Anlass der Beisetzung Aufwendungen (ohne Überführungskosten) in Höhe von mindestens 1.200,00 EUR entstanden sind.			

## 19 Nur ausfüllen bei Abschlagszahlung

Auf die beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten	von (EUR)	am
durch		

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlagen für die Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Leistungen (auch solche nach §§ 61 und 62 SGB V), Beitragsrückzahlungen gesetzlicher Krankenkassen, Verkaufserlöse für Hilfsmittel usw., Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen zu den geltend gemachten Aufwendungen sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

Ich bin verpflichtet, die Beihilfe für meine Ehegattin oder meinen Ehegatten und die auf den erhöhten Bemessungssatz entfallende Beihilfe zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe ihrer oder seiner Einkünfte unzutreffend sind oder durch nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (z. B. durch Feststellung des Finanzamtes) unzutreffend werden.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

### Anmerkungen

1. Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen, der ersten Ausstellung einer Rechnung oder einer Bescheinigung über den Geldwert von Sachleistungen beantragt wurde. Die in der Bescheinigung über ihren Geldwert aufgeführten Sachleistungen sind nur insoweit beihilfefähig, als sie im Zeitpunkt der Antragstellung nicht länger als ein Jahr zurückliegen.
2. Sofern nicht die Vorlage von Originalbelegen (Urschriften) vorgeschrieben ist (vgl. z. B. Nr. 7 des Antragsvordrucks), genügt auch die Vorlage von Zweitschriften oder Ablichtungen von Rezepten (mit Apothekenstempel). Die Belege bitte einzeln, getrennt nach Personen und in zeitlicher Reihenfolge in der Anlage „Zusammenstellung der Aufwendungen“ aufführen und nummerieren.
3. a) Bescheinigungen über den Geldwert von Sachleistungen bitte getrennt nach Personen vorlegen.  
b) Liegt eine die Ehegattin oder den Ehegatten und die Kinder erfassende Familienversicherung vor, bitte den Versicherungsbeitrag in einer Summe nur bei dem/der Antragsteller/in vermerken.
4. Als Unterscheidungsmerkmal genügt in Spalte 2 der „Zusammenstellung der Aufwendungen“ die Angabe **A** = Antragsteller/in, **E** = Ehegattin/Ehegatte, **K** (mit Anfangsbuchstaben des Vornamens) = Kind.
5. Den Belegen über Arznei- und Verbandmittel bitte die ärztliche oder Verordnung eines Heilpraktikers, den Belegen über Hilfsmittel und Heilbehandlungen die ärztliche Verordnung beifügen.
6. Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG sind neben dem um die Werbungskosten bzw. den Arbeitnehmer-Pauschbetrag (1 044 EUR) verminderten Arbeitslohn besonders der Ertragsanteil von Renten, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Kapitaleinkünfte (gekürzt um den Sparerfreibetrag von 1 550 EUR) sowie Einkünfte aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit.



