

Antrag auf Beihilfe

Antragsteller/in Name/Vorname	Personalnummer
	Geburtsdatum

Eingangsstempel

Dienststelle oder Pensionsregelungsbehörde ggf. Schule und zuständiges Schulamt	Telefon dienstl. priv.
--	----------------------------------

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 <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit		Versorgungsempfänger/in <input type="checkbox"/> ja, 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 <input type="checkbox"/>	teilzeitbeschäftigt im öffentlichen Dienst seit <input type="checkbox"/>	mit Wochenstunden	befristet beschäftigt von - bis <input type="checkbox"/>
Elternzeit von - bis <input type="checkbox"/>	Beurlaubung ohne Bezüge nach § 85a Abs. 7 HBG oder § 7a HRiG <input type="checkbox"/> von - bis	sonstige Beurlaubung ohne Bezüge <input type="checkbox"/> 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? Vornamen		
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				<input type="checkbox"/>
					freiwillig vers.	pfl.- vers.	familien- vers. bei A oder E	rentner- krank- versichert -KVdR-	
Antragsteller/in (A)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegatte oder anderer Elternteil (E)	*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

6.70

OFD 09.09 (Landeshauptstadt Wiesbaden, Personal- und Organisationsamt – Beihilfestelle)

5 Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag, ermäßigte Beiträge

Wird - außer Arbeitgeberanteilen bei Pflichtversicherten - zu dem Krankenversicherungsbeitrag ein Zuschuss gewährt, steht ein Zuschuss nach § 257 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V zu, ist ein Beitragszuschuss oder eine Beitragsersatzung beantragt worden oder gilt für die Bemessung der Beiträge der ermäßigte Beitragssatz nach § 240 Abs. 3a SGB V oder als Dienstordnungsangestellte/r?

- nein
- Auf einen für (Person) _____ zustehenden Beitragszuschuss wurde ganz oder teilweise rechtswirksam verzichtet.
Die Bestätigung des Renten- bzw. Krankenversicherungsträgers über den Verzicht ist beigefügt/liegt bereits vor.
- ja, und zwar

	seit wann gewährt bzw. ab wann beantragt	nach § 257 SGB V	nach §§ 106, 315 SGB VI		aufgrund arbeitsver- tragl. Ver- einbarung	sonstiger Zuschuss	Beitrags- erstatt. bei Elternzeit - EUR -	ermäßigter Beitrag nach § 240 Abs. 3a SGB V	ermäßigter Beitrag als Dienstordnungs- angestellte(r)
			Höhe des monatl. Zuschusses - EUR -	monatl. Krankenvers.-Beitrag - EUR -					
Antragsteller/in		<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"/>
Kind		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	/	/
Kind		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Ab welchem Tag werden Beitragsersatzungen wegen Elternzeit gewährt?

6 Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine sonstige eigene Beihilfeberechtigung?

- nein ja, aufgrund

<input type="checkbox"/> einer beamtenrechtlichen Versorgung	wer
<input type="checkbox"/> eines Beamtenverhältnisses	wer
<input type="checkbox"/> eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses	wer
<input type="checkbox"/> eines Amts- oder Abgeordnetenverhältnisses	wer
gegenüber wem <input type="checkbox"/>	seit <input type="checkbox"/>

7 Sind Angehörige bei anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?

- nein ja

wer <input type="checkbox"/>	bei wem? <input type="checkbox"/>	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 steuerlichen Grundfreibetrag nach § 32 a Abs. 1 EStG
(2020 = 9.408 EUR und 2021 = 9.744 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 <input type="checkbox"/>	wann <input type="checkbox"/>	Ist der Antrag abgelehnt worden? <input type="checkbox"/>
------------------------------	-------------------------------	---

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 <input type="checkbox"/>			Nachweis liegt bereits vor <input type="checkbox"/>			
	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

<input type="checkbox"/> einen Dienstatunfall	<input type="checkbox"/> einen Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> eine Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> einen Schulunfall/ Kindergartenunfall	<input type="checkbox"/> 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)?				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht?				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Ehegatte	<input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> 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	
Pflegestufe <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	Nachweis ist nur bei der erstmaligen Beantragung von Beihilfe zu Pflegeleistungen erforderlich.		
Es wird Pauschalbeihilfe für häusliche Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegekräfte beantragt			
<input type="checkbox"/>			
Unterbrechung der Pflege von - bis		Bestätigung über erbrachte häusliche Pflege	
(Unterschrift der Pflegeperson(en))			
Sofern für häusliche Pflege durch erwerbsmäßig tätige Pflegekräfte oder teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege höhere Pflegekosten als 384 EUR (Pflegestufe I), 921 EUR (Pflegestufe II) und 1 432 EUR (Pflegestufe III) im Kalenderjahr oder Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bei vollstationärer Pflege geltend gemacht werden:			
EUR			
Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne kinderbezogene Teile im Familienzuschlag)		_____	
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- und Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten		_____	
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- und Hinterbliebenenversorgung der Ehegattin/des Ehegatten		_____	
sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt und Lohnersatzleistungen der Ehegattin/des Ehegatten		_____	
insgesamt			
bitte Nachweis über die Bezüge, Renten usw. beifügen			

18 Nur ausfüllen in Todesfällen

Name des/der Verstorbenen	In welchen Verwandtschaftsverhältnis standen Sie zu der verstorbenen Person?	Todestag	Todesort
<input type="checkbox"/> Ich erkläre, dass mir aus Anlass der Beisetzung Aufwendungen (ohne Überführungskosten) in Höhe von mindestens 665 EUR bzw. 435 EUR (bei Kinderbestattung) entstanden sind.			
Steht anlässlich des Todesfalles Sterbegeld zu? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▼			
Betrag	Zahlende Stellen		

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 zurückzahlen, 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.
7. Auf den Seiten 2 und 4 der „Zusammenstellung der Aufwendungen“ bitte in dem dafür vorgesehenen Feld die eigene Anschrift vermerken, sofern der Beihilfebescheid nicht maschinell erstellt wird. **Wird der Bescheid von der Festsetzungsstelle üblicherweise über die Dienststelle dem/der Beihilfeberechtigten zugesandt, bitte die Anschrift der Dienststelle eintragen.**

Zusammenstellung der Aufwendungen

Von dem/der Antragsteller/in auszufüllen					Nicht von dem/der Antragsteller/in auszufüllen							
Beleg-Nr.	Patient/in	Entstehung der Aufwendungen bzw. Rechnungsdatum	Name des Arztes / Art der Leistung (z. B. ärztliche Behandlung, Krankenhaus, Arzneimittel, Hilfsmittel u. ä.)	Rechnungsbetrag		beihilfefähiger Betrag		Sachleistungen § 5 Abs. 5 HBeihVO		100 % Beihilfe (§ 15 Abs. 7 HBeihVO)		Bemerkungen
				EUR	Ct	EUR	Ct	EUR	Ct	EUR	Ct	
1	2	3	4	5		6		7		8		9

Von der Beihilfestelle auszufüllen

_____ v. H. von _____ EUR

_____ v. H. von _____ EUR

_____ v. H. von _____ EUR

Pauschale Beihilfe Bestattungskosten häusliche Pflege

Insgesamt _____

Beihilfe für nichtbeamtete Teilzeitkräfte _____

Die Beihilfe wird festgesetzt auf _____

./. Abschlag _____

Auszuzahlender Betrag _____

Sachlich richtig _____

(Unterschrift, Amtsbezeichnung bzw. Vergütungsgruppe)

Rechnerisch richtig _____

(Unterschrift, Amtsbezeichnung bzw. Vergütungsgruppe)

Zusammenstellung der Aufwendungen

Von dem/der Antragsteller/in auszufüllen					Nicht von dem/der Antragsteller/in auszufüllen							
Beleg-Nr.	Patient/in	Entstehung der Aufwendungen bzw. Rechnungsdatum	Name des Arztes / Art der Leistung (z. B. ärztliche Behandlung, Krankenhaus, Arzneimittel, Hilfsmittel u. ä.)	Rechnungsbetrag		beihilfefähiger Betrag		Sachleistungen § 5 Abs. 5 HBeihVO		100 % Beihilfe (§ 15 Abs. 7 HBeihVO)		Bemerkungen
				EUR	Ct	EUR	Ct	EUR	Ct	EUR	Ct	
1	2	3	4	5		6		7		8		9

Von der Beihilfestelle auszufüllen

_____ v. H. von _____ EUR
 _____ v. H. von _____ EUR
 _____ v. H. von _____ EUR

Pauschale Beihilfe
 Bestattungskosten häusliche Pflege

Insgesamt _____
 Beihilfe für nichtbeamtete Teilzeitkräfte _____
 Die Beihilfe wird festgesetzt auf _____
 / . Abschlag _____
 Auszuzahlender Betrag _____

Sachlich richtig

 (Unterschrift, Amtsbezeichnung bzw. Vergütungsgruppe)

Rechnerisch richtig

 (Unterschrift, Amtsbezeichnung bzw. Vergütungsgruppe)