

Wird von der Beihilfestelle ausgefüllt

Beihilfeberechtigte/Beihilfeberechtigter (Name, Vorname)		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Abschnitt 4 4 5 / - 0 0 0	Firma (für Versorgungsempfänger entbehrlich)	Personalnummer/Kennziffer	

Zur Überprüfung der maschinell gespeicherten Daten wird um die Beantwortung der Positionen 1 bis 8 gebeten.

Bitte diesen Bereich immer vollständig in Druckschrift ausfüllen!

Zentrale Personaldienste

Fachdienste - Beihilfen -

Kurt-Schumacher-Allee 6

20097 Hamburg

Sprechzeiten:

Montag und Dienstag 09:00 bis 15:00 Uhr
 Mittwoch nach telefonischer Absprache
 Donnerstag 09:00 bis 15:00 Uhr*
 Freitag 09:00 bis 12:00 Uhr

*Für Beschäftigte:

Spätsprechzeit nach telefonischer Vereinbarung

Beihilfeantrag

Bei **erstmaliger** Antragstellung bitte **alle** Fragen genau beantworten und Zutreffendes ankreuzen. Ihre Angaben werden maschinell gespeichert und auch für künftige Beihilfen zugrunde gelegt.

Bei **wiederholter** Antragstellung sind Eintragungen in den **Positionen 1 bis 8** auf jeden Fall erforderlich, wenn sich Ihre persönlichen Verhältnisse gegenüber den bisherigen Angaben geändert haben oder wenn die Beihilfestelle darum gebeten hat. Wenn Aufwendungen für den **Ehegatten** geltend gemacht werden, bitte immer die **Position 9** beantworten.

Die Positionen 10 bis 17 bitte nur ausfüllen, wenn die jeweils genannten Sachverhalte vorliegen.

1. Bitte ausfüllen als Beschäftigte/als Beschäftigter

Dienststelle		Amts-/Dienstbezeichnung			
Privatanschrift					
<input type="checkbox"/> Vollbeschäftigt	<input type="checkbox"/> Referendar/in	<input type="checkbox"/> Anwärter/in	Ohne Bezüge beurlaubt	Beurlaubungsgrund:	Arbeitsverhältnis befristet
<input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigt	<input type="checkbox"/> Auszubildende/r		von _____	<input type="checkbox"/> Elternzeit	von _____
seit: _____	Anzahl der Wochenstd.: _____		bis _____	<input type="checkbox"/> sonstiger Grund	bis _____

1. Bitte ausfüllen als Versorgungsempfängerin/als Versorgungsempfänger

Anschrift			
Bevollmächtigte/r:		<input type="checkbox"/> Vollmacht ist beigelegt	<input type="checkbox"/> Vollmacht liegt bereits vor
Anschrift			
Sind Sie noch berufstätig?	Beziehen Sie mehrere Versorgungsbezüge?		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	

2. Überweisung der Beihilfe

<input type="checkbox"/> auf das Konto, auf das meine Bezüge/Versorgungsbezüge überwiesen werden.		
<input type="checkbox"/> auf folgendes Konto: Kontoinhaber/in:		
Bankbezeichnung	Bankleitzahl	Kontonummer

3. Familienstand (Angaben zum Ehegatten sind nur erforderlich, wenn für den Ehegatten Aufwendungen geltend gemacht werden)

<input type="checkbox"/> Ledig	<input type="checkbox"/> Verheiratet seit:	<input type="checkbox"/> Geschieden seit:	<input type="checkbox"/> Verwitwet seit:
Name, Vorname des Ehegatten			Geburtsdatum

4. Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

Vorname (ggf. Familienname)	Geburtsdatum	im Familienzuschlag von - bis
1		
2		
3		
4		

5. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?

	Private Krankenversicherung							Gesetzliche Krankenversicherung oder Ersatzkasse			Nicht versichert
	seit	Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderungen bitte Nachweis beifügen						Bitte immer Erstattungsnachweis beifügen			
		Ambulant %	Stationär %	Zahnbehandlung %	Zahnersatz %	Festkostentarif	Zusatz- oder sonstiger Tarif 1)	pfllicht-versichert	freiwillig versichert	familien-versichert bei	
Antragsteller/in							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
Ehegatte							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/>	
1. Kind							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
2. Kind							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
3. Kind							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
4. Kind							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	

1) Hierunter fallen Auslands-(Reise)versicherungen, Schadenversicherungen, Ergänzungstarife für Zahnkosten oder Wahlleistungen im Krankenhaus, nicht aber Tagesgeldversicherungen

Erhalten Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger einen **Zuschuss** zu den Krankenversicherungsbeiträgen? Nein

<input type="checkbox"/> Ja	Name	seit	vom Arbeit-geber	vom Rentenversicherungsträger	Höhe des monatlichen Krankenversicherungsbeitrages	Höhe des monatlichen Zuschusses
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUR/DM*	EUR/DM*
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUR/DM*	EUR/DM*

6. Erhalten Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger eine Rente? Nein Ja, und zwar

(hierzu zählen nicht die Versorgungsbezüge der Freien und Hansestadt Hamburg)

	Altersrente	Witwen(r)-/Waisenrente	Rente(n) nach dem Bundesversorgungsgesetz	Betriebsrente	VBL-Zusatzversorgung	Sonstige
Antragsteller/in	<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"/>
Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurde eine Rente beantragt? Nein Ja

Für (Name): _____ Wann: _____ Antrag abgelehnt: Nein Ja

7. Haben Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger zusätzlich zum Beihilfeanspruch einen Anspruch auf Heilfürsorge, Kriegsofopferfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung? Nein Ja

(z. B. nach Beamten- oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen)

Wenn ja, bitte Nachweise beifügen:

8. Haben Sie eine weitere eigene Beihilfeberechtigung? Nein Ja

Hat Ihr Ehegatte oder haben Ihre Kinder eine eigene Beihilfeberechtigung? Nein Ja

(z. B. aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst, bei Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen, aufgrund eines beamtenrechtlichen oder sonstigen Versorgungsanspruchs, eines Abgeordnetenmandats oder aus sonstigen Gründen)

Name _____	Als was? _____
Gegenüber wem? _____	Seit wann? _____

Sind Ihre Kinder bei einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig? Nein Ja

Name _____	Bei wem? _____
Name _____	Bei wem? _____

● Die Positionen 9 bis 17 nur ausfüllen,

9. wenn Aufwendungen für den Ehegatten geltend gemacht werden

Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) Ihres Ehegatten im vergangenen Kalenderjahr 18.000,- EUR/35.000,- DM? Nein Ja

Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag übersteigen? Nein Ja

* Unzutreffende Währungsbezeichnung bitte streichen.

10. bei stationären Behandlungen

(z. B. Krankenhaus-, Sanatoriums-, Rehabilitationsbehandlung)

Ist die Ursache für die Behandlung eine Verletzung oder ein Unfall? Nein Ja Bei „Ja“: Bitte Frage 11 unbedingt beantworten.

11. bei sämtlichen Verletzungen oder Unfällen

(Bitte immer Unfallschilderung beifügen)

Schadenstag _____

Es handelt sich um ein/en

Beleg-Nr. _____

Dienstunfall Arbeitsunfall Schul-/Kindergartenunfall anderes schädigendes Ereignis

Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht (Fremdverschulden)?

Nein Ja

Name und Aktenzeichen des Kostenträgers oder des Ersatzpflichtigen

Anschrift

12. in Geburtsfällen

Ich beantrage den Pauschalbetrag zur Säuglings- und Kleinkinderausstattung

Name und Geburtsdatum des Kindes

13. wenn die private Versicherung individuelle Leistungsausschlüsse enthält

Die nachstehend angegebenen Belege enthalten Aufwendungen, für die Versicherungsleistungen wegen angeborener oder bestimmter Krankheiten ausgeschlossen oder auf Dauer eingestellt worden sind.

Beleg-Nr. _____ Datum _____ über _____ EUR/DM* Nachweis ist beigelegt (Versicherungsscheine usw.)

Beleg-Nr. _____ Datum _____ über _____ EUR/DM* Nachweis liegt bereits vor

14. in Sterbefällen

Name der/des Verstorbenen

Todestag

Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Verstorbenen

Stehen Sterbegelder zu?

Nein Ja EUR/DM* _____ zahlende Stelle _____ ● Bitte Nachweise beifügen

EUR/DM* _____ zahlende Stelle _____

15. wenn die Behandlung durch einen nahen Angehörigen vorgenommen wurde

(Ehegatte, Kinder, Eltern, Schwiegertöchter und -söhne, Großeltern, Enkel, Enkelin, Schwäger und Schwägerinnen, Schwiegereltern, Geschwister der/des Beihilfeberechtigten, ihres/seines Ehegatten oder ihrer/seiner Kinder)

Name des Behandlers: _____ Beleg-Nr. _____

Verwandtschaftsverhältnis zum Behandelten: _____

16. bei dauernder Pflegebedürftigkeit

- bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen bitte den Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung beifügen. Wenn für ambulante Pflege die Geldleistung (Pauschale) beantragt wird:

Ich beantrage die Auszahlung rückwirkend für den Monat/die Monate _____

17. wenn ein Abschlag gezahlt wurde

Als Abschlag habe ich am _____ den Betrag von _____ EUR/DM* erhalten.

Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind.

Mir ist bekannt, dass ich Erlöse beim Verkauf von Hilfsmitteln sowie nachträgliche Preisnachlässe auf die Aufwendungen und weitere Kostenerstattungen - ausgenommen vertragsgemäße Leistungen von privaten Krankenversicherungen - sofort anzuzeigen und dadurch überzahlte Beihilfe zurückzahlen habe.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.

Datum

Unterschrift

Ohne Unterschrift gilt der Antrag als nicht gestellt.

* Unzutreffende Währungsbezeichnung bitte streichen.

Zusammenstellung der einzelnen Belege

1. Bitte alle Belege **nach Personen sortieren**.

(A = Antragsteller/in, E = Ehegatte, K = Kind, bei Kindern immer die Vornamen angeben),

2. die Belege **fortlaufend nummerieren** und

3. die entsprechenden Spalten vollständig ausfüllen.

Beleg Nr.	A, E, K, Kinder-Vorname(n)	Ausstellungsdatum	Behandlungszeitraum von - bis	Rechnungsbetrag*	Hier bitte keine Eintragungen
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					

* Währungsbezeichnung EUR oder DM bitte mit angeben.