

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen 

Beihilfeberechtigte/r und Geschäftszeichen		
Nachname, Vorname		Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)
Personalnummer (8-stellig - bitte unbedingt angeben)	Firmennummer (4-stellig) <b>oder</b> ▶	Vertragsnummer (2-stellig)

## Ergänzungsblatt zum Beihilfeantrag

Das Ergänzungsblatt ist beim Erstantrag oder auf Ersuchen der Beihilfestelle vollständig auszufüllen. Bei Änderungen der persönlichen Verhältnisse wie z.B. Familienstand, Krankenversicherungsschutz sind Eintragungen in den entsprechenden Positionen vorzunehmen.

Bitte heften oder klammern Sie die Rechnungsbelege nicht oder kleben diese auch nicht auf, da wir die Belege einzeln scannen!

1. Derzeitiger Status	
<input type="checkbox"/> Vollbeschäftigt seit: _____ Anzahl der Wochenstd.: _____	<input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigt <input type="checkbox"/> Referendar/in <input type="checkbox"/> Anwärter/in <input type="checkbox"/> Versorgungs-/Ruhegeldempfänger/in
<input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis befristet von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> sonstiger Grund
<input type="checkbox"/> Ohne Bezüge beurlaubt von _____ bis _____	

2. Familienstand	
<input type="checkbox"/> Ledig Lebenspartnerschaft: <input type="checkbox"/> eingetragen seit: _____ Vorname, Geburtsdatum, ggf. abweichender Nachname des Ehegatten/Lebenspartners: _____	<input type="checkbox"/> verheiratet seit: _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____ <input type="checkbox"/> aufgehoben seit: _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____ <input type="checkbox"/> Lebenspartner verstorben am: _____

3. Im Familienzuschlag gemäß Hamburgischem Besoldungsgesetz berücksichtigungsfähige Kinder			
bei wem	von - bis	Vorname und ggf. abweichender Nachname des Kindes	Geburtsdatum
1.			
2.			
3.			

4. Bei Elternzeit	
Folgende Kinder werden bei einem anderen Beihilfeberechtigten im Familienzuschlag berücksichtigt:	
Vorname und ggf. abweichender Nachname des Kindes	bei wem
1.	
2.	
3.	

5. Kranken- bzw. Pflegeversicherungsschutz - Bei Erstantrag und bei Änderungen bitte vollständig ausfüllen und Nachweise beifügen (z.B. Versicherungsbescheinigung / -police)												
Person	Private Krankenversicherung					Gesetzliche Krankenversicherung Kostenerstattung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			versichert seit:		Nicht versichert	
	ambulant %	Prozenttarife stationär %		Zahn %	Basis-/Standard-tarif	Zusatz-tarif 1)	pflicht-versichert	freiwillig versichert	familien-versichert bei	Mon.		Jahr
Antragsteller/in (A)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E/L			<input type="checkbox"/>
Ehegatte/in (E)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A			<input type="checkbox"/>
Lebenspartner/in (L)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A			<input type="checkbox"/>
1. Kind					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E/L			<input type="checkbox"/>
2. Kind					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E/L			<input type="checkbox"/>
3. Kind					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E/L			<input type="checkbox"/>

1) Hierunter fallen Pflegekostenversicherung (PfK), Ergänzungstarife für Zahn- und ambulante Kosten, Wahlleistungen im Krankenhaus, Auslands-(Reise-)versicherungen (AR) o.ä. Das Bestehen einer Auslands-(Reise-)versicherung ist immer dann anzugeben, wenn Auslandsaufwendungen geltend gemacht werden. Nicht anzugeben sind Tagegeldversicherungen (Pflegefalltagegeld-/Krankenhaustagegeld-/Krankentagegeldversicherung).

## 6. Weitere Ansprüche

Haben Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger zusätzlich zum Beihilfeanspruch einen Anspruch auf Heilfürsorge, Kriegsopterfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z. B. nach Beamten- oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen)?

Nein  Ja

Wenn Ja, bitte  
Nachweise beifügen!

Besteht bzw. bestand für Sie oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine anderweitige Beihilfeberechtigung (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)?

Nein  Ja

Name

Rechtsverhältnis (z.B. Beamter, Abgeordneter)

Gegenüber wem

von - bis

## 7. Pauschale für Säuglings- und Kleinkinderausstattung

Ich beantrage den Pauschalbetrag zur Säuglings- und Kleinkinderausstattung.  
(Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, kann nur der Mutter auf Antrag die Pauschale gewährt werden.)

Nachname, Vorname und Geburtsdatum des Kindes

## 8. Sterbefälle

Nachname und Vorname der/des Verstorbenen

Todestag

Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Verstorbenen

Stehen Sterbe-/Bestattungsgelder zu?

Nein  Ja Euro \_\_\_\_\_ zahlende Stelle \_\_\_\_\_ Bitte Nachweise beifügen!

## 9. Besonderheiten

Individuelle Leistungsausschlüsse der privaten Krankenversicherung:

Nachweis  liegt vor  ist beigefügt

Beleg-Nr.

## 10. Erklärung der/des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten und Datenschutzhinweis

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben. Mir ist bekannt, dass ich überzahlte Beihilfen zu erstatten habe. Weiterhin habe ich Erlöse beim Verkauf von Hilfsmitteln sowie nachträgliche Preisnachlässe und Kostenerstattungen sofort anzuzeigen und die zu viel gezahlte Beihilfe zurückzahlen (vertragliche Leistungen von privaten Krankenversicherungen sind davon ausgenommen). Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe gezahlt.

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt ausschließlich zu Zwecken der Beihilfearbeitung sowie gegebenenfalls der im Zusammenhang mit dem Beihilfeantrag stehenden behördlichen und gerichtlichen Verfahren (§ 86 Hamburgisches Beamtengesetz). Dies schließt bei Unfällen mit Drittbeteiligung die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus übergegangenem Recht (§ 53 Hamburgisches Beamtengesetz) mit ein.

Datum

Unterschrift

Wenn Sie als Bevollmächtigte/r einen Antrag stellen:

Vollmacht liegt vor  Vollmacht ist beigefügt