

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen 

Beihilfeberechtigte/r und Geschäftszeichen (Firma und Personalnummer)	
Nachname, Vorname	Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)
Firma	Personalnummer (bitte unbedingt angeben)

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.

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

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

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			versichert seit:		Nicht versichert			
	ambulant %	Prozenttarife stationär %		Zahn %	Basis-/Standard-tarif	Zusatz-tarif 1)	Kostenerstattung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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. Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen

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

Name	seit	vom Arbeit- geber	vom Rentenver- sicherungsträger	Höhe des monatlichen Zuschusses
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Euro
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Euro

Wenn Ja, bitte Nachweise beifügen!

Sollten Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger einen Zuschuss von mehr als 40,99 Euro monatlich zu den privaten Krankenversicherungsbeiträgen erhalten, kommt es zur Kürzung des Bemessungssatzes um 20% (§ 80 Abs. 9 HmbBG).

7. Angaben zu Renten

Erhalten Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger eine Rente? Nein Ja, und zwar:
(hierzu zählen nicht die Versorgungsbezüge der Freien und Hansestadt Hamburg).

	Alters- rente	Witwen-/ Witwerrente	Waisen- rente	Betriebs- rente	VBL- Zusatzversorgung	Sonstige
Antragsteller/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegatte/ Lebenspartner	<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: _____

8. 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 _____

9. 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 _____

10. Sterbefälle

Nachname und Vorname der/des Verstorbenen _____ Todestag _____ Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Verstorbenen _____

Stehen Sterbe-/Bestattungsgelder zu?

Nein Ja Euro _____ zahlende Stelle _____ Bitte Nachweise beifügen!

11. Erklärung der/des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten

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 zurückzuzahlen (vertragliche Leistungen von privaten Krankenversicherungen sind davon ausgenommen). Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe gezahlt.

Datum _____

Unterschrift _____

Wenn Sie als Bevollmächtigte/r einen Antrag stellen: Vollmacht liegt vor Vollmacht ist beigelegt