


Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen 

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

**ZPD Hamburg**  
Fachbereich Beihilfe  
Postfach 26 19 62  
20509 Hamburg

## Beihilfeantrag Allgemeine Leistungen

Für Pflege- und Hospizleistungen bitte gesonderten Antrag verwenden.

Das Ergänzungsblatt bitte nur beifügen beim Erstantrag oder bei Änderungen der dort aufgeführten persönlichen Verhältnisse.

Ergänzungsblatt liegt bei  Ja  Nein

### Wichtige Hinweise

- Sortieren Sie die Belege bitte personenbezogen nach Antragsteller/in (A), Ehegatte/in (E), Lebenspartner/in (L\*), Kindern (K) und nummerieren Sie diese bitte anschließend insgesamt fortlaufend, z.B.: A1, A2, A3, E4 oder L4, E5 oder L5, K6, K7, K8.  
\* Als Lebenspartner/in sind nur solche gemeint, bei denen eine eingetragene Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG) besteht.
- Bei unfall- / verletzungsbedingten Aufwendungen bitte die Nummer 5 ausfüllen.
- Bitte beachten Sie, dass eine Rücksendung der eingereichten Aufwendungsnachweise nicht erfolgt. Reichen Sie daher bitte keine Originale, sondern nur gut lesbare Kopien oder Zweitschriften ein.
- Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb einer Ausschlussfrist von zwei Jahren nach dem Entstehen der Aufwendungen oder der ersten Ausstellung der Rechnung beantragt wird.
- Die mit Antrag geltend gemachten Aufwendungen müssen 200 Euro betragen. Erreichen die Aufwendungen aus 10 Monaten diesen Betrag nicht, übersteigen aber insgesamt 15 Euro, kann auch hierfür eine Beihilfe gewährt werden.
- Unsere Sprechzeiten: montags und donnerstags 9 bis 13 Uhr, dienstags 14 bis 16 Uhr. Mehr Informationen und Hinweise können Sie auch den Internetseiten des ZPD Hamburg unter [www.zpd.hamburg.de](http://www.zpd.hamburg.de) entnehmen.

### 1. Höhe der Aufwendungen / Anzahl der Belege

Die Gesamtsumme der Aufwendungen beträgt:	Euro	Anzahl der Belege:
---	------	--------------------

### 2. Überweisung der Beihilfe (bitte nur ausfüllen bei Änderungen)

<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. Anschrift (bitte nur ausfüllen bei Änderungen)

<input type="checkbox"/> der/des Beihilfeberechtigten:	<input type="checkbox"/> der/des Bevollmächtigten:	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort		Telefon

### 4. Angaben zu Einkünften des Ehegatten/Lebenspartners, wenn für diesen Aufwendungen geltend gemacht werden

Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) Ihres Ehegatten/Lebenspartners im vergangenen Kalenderjahr 18.000 Euro?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag übersteigen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### 5. Unfall- und verletzungsbedingte Aufwendungen (bitte auch bei Folgekosten beantworten)

Folgende Aufwendungen sind unfall-/verletzungsbedingt: Beleg-Nr. \_\_\_\_\_ Schadenstag \_\_\_\_\_

Es handelt sich um ein/en  
 Dienstatunfall     Arbeitsunfall     Schul-/Kindergartenunfall     anderes verletzungsbedingtes Ereignis

Es liegt  
 Eigenverschulden vor     Fremdverschulden vor     kein Verschulden vor

Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht?  
 Nein     Ja    | Wenn Ja, dann bitte den entsprechenden Fragebogen anfordern und ausgefüllt zurücksenden.

**Bitte immer Schadenbericht beifügen!**

### 6. Besonderheiten

a)  Die Behandlung erfolgte durch einen nahen Angehörigen: Beleg-Nr. \_\_\_\_\_

(Nahe Angehörige der behandelten Person sind Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Eltern sowie Kinder; wurde die Behandlung im Auftrag eines nahen Angehörigen durch einen Erfüllungsgehilfen erbracht, so gelten auch die vom nahen Angehörigen berechneten Leistungen als dessen eigene Leistungen.)

Name des Angehörigen und Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_

b)  Individuelle Leistungsausschlüsse der privaten Krankenversicherung: Beleg-Nr. \_\_\_\_\_

Nachweis  liegt vor     ist beigefügt

c)  Auf die beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten:

Höhe der Abschlagszahlung: \_\_\_\_\_ Euro    bewilligt am: \_\_\_\_\_

### 7. 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 beigefügt