

Beihilfeberechtigter Antragsteller	
Nachname, Vorname:	Geburtsdatum:
Personalnummer (8-stellig – bitte unbedingt angeben) Firmenummer (4-stellig) oder Vertragsnummer (2-stellig)	

**Pauschale Beihilfe nach § 80 HmbBG
Aktualisierungsmitteilung**

Es haben sich seit meinem Antrag auf Pauschale Beihilfe neben den ggf. bereits mitgeteilten Änderungen ab _____ folgende Änderungen ergeben:

Angaben zum Krankenversicherungsverhältnis:

Beihilfeberechtigter/Antragsteller:			
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt gem. § 80 Abs. 2 HmbBG (z. B. Beamte, Richter, Versorgungsempfänger)			
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigung bei Beurlaubung ohne Bezüge wegen <input type="checkbox"/> Elternzeit oder <input type="checkbox"/> Pflegezeit			
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigung bei Nichtzahlung von Bezügen wegen Ruhens- oder Anrechnungsregelungen			
Name der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung:			
<input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert		<input type="checkbox"/> privat versichert	
Höhe des Krankenversicherungsbeitrags (bei priv. Versicherung Höhe des Beitrags für SGB V entsprechenden Leistungsumfang)			Euro*
Erhalten Sie einen Beitrag oder Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja: seit	vom Arbeitgeber / Dienstherrn	vom Sozialleistungsträger	Höhe des monatlichen Beitrags/Zuschusses
			Euro*
Berücksichtigungsfähige Angehörige (Ehegatten/Lebenspartner):			
Name, Vorname			
Name der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung:			
<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> familienversichert bei Antragsteller	<input type="checkbox"/> privat versichert
Höhe des Krankenversicherungsbeitrags: (bei priv. Versicherung Höhe des Beitrags für SGB V entsprechenden Leistungsumfang)			Euro*
Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommenssteuergesetz) im vergangenen Kalenderjahr 18.000 Euro?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein*
Wird ein Beitrag oder Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja: seit	vom Arbeitgeber	vom Sozialleistungsträger	Höhe des monatlichen Beitrags/Zuschusses:
			Euro*

Berücksichtigungsfähige Angehörige (Kinder):

Im Familienzuschlag gem. HmbBesG beim Antragsteller berücksichtigungsfähige Kinder:

Vorname und ggf. abweichender Nachname		ab (ggfls. bis)	Geburtsdatum:	KV-Beitrag (s.o.):
1.				Euro*
2.				Euro*
3.				Euro*
Name(n) der Krankenkasse(n) bzw. Krankenversicherung(en):				
1. <input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> familienversichert		<input type="checkbox"/> privat versichert
2. <input type="checkbox"/> "	<input type="checkbox"/> " "	<input type="checkbox"/> "		<input type="checkbox"/> " "
3. <input type="checkbox"/> "	<input type="checkbox"/> " "	<input type="checkbox"/> "		<input type="checkbox"/> " "
Wird ein Beitrag oder Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja: seit	vom Arbeitgeber	vom Sozialleistungsträger		Höhe des monatlichen Beitrags/Zuschusses:
1.				Euro*
2.				Euro*
3.				Euro*
Weitere Ansprüche:				
Besteht für Sie oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Anspruch auf Heilfürsorge oder 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).				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja:				
Name:		Rechtsverhältnis (z. B. Beamter, Abgeordneter)		
gegenüber wem		von - bis		

* Bitte fügen Sie diesem Antrag aktuelle Unterlagen bei, aus denen sich die von Ihnen und Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu entrichtenden Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung bzw. über die von Ihnen und Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu entrichtenden Beiträge zur privaten Krankenvollversicherung für Leistungen, die in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach SGB V vergleichbar sind, ergeben. Bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Ehegatten oder Lebenspartner) fügen Sie bitte auch einen Nachweis über die Einkünfte im vergangenen Jahr bei (z. B. Einkommenssteuererklärung).

Datum,

Unterschrift

Wenn Sie als Bevollmächtigte/r einen Antrag stellen:

 Vollmacht liegt vor Vollmacht ist beigelegt