


Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen 

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

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

ZPD Hamburg
Fachbereich Beihilfe
Postfach 26 19 64
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
<ul style="list-style-type: none">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. * Lebenspartner/in mit eingetragener Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG).Bei unfall- / verletzungsbedingten Aufwendungen bitte die Nummer 8 ausfüllen.Bitte keine Originale einreichen. Eine Rücksendung der Aufwendungsnachweise erfolgt nicht.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 überschreiten. Erreichen die Aufwendungen aus 10 Monaten diesen Betrag nicht, übersteigen aber insgesamt 15 Euro, kann auch hierfür eine Beihilfe gewährt werden.Mehr Informationen erhalten Sie auf den Internetseiten des ZPD Hamburg unter www.hamburg.de/zpd.

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 _____ IBAN _____ BIC des Kreditinstituts _____

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. Zusendung von Antragsformularen
Ich benötige: <input type="checkbox"/> den Antrag Allgemeine Leistungen <input type="checkbox"/> den Antrag Allgemeine Leistungen und das Ergänzungsblatt

5. 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

6. Angaben zu Renten

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

	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: _____

7. Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen (nur für Aufwendungen bis 31.12.2014)

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).

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

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

Angaben zum Unfall/zur Verletzung liegen bereits vor.

Der Unfall/die Verletzung ereignete sich

während Arbeits-/Dienstzeit/Ehrenamt/Nebentätigkeit (einschließlich Weg).

während Hochschule/Schule/Kinderbetreuung (einschließlich Weg).

im Zusammenhang mit einer Straftat (z.B. Überfall, Schlägerei).

Es liegt ein anderes schädigendes Ereignis vor. Wenn ja, bitte kurze stichwortartige Beschreibung:

Sind Dritte an dem Unfall/der Verletzung beteiligt oder können ggf. verantwortlich gemacht werden:

Nein Ja (In diesem Fall ist ein ausführlicher Unfallbericht beizufügen. Hierzu steht Ihnen der Vordruck P 10.303 zur Verfügung.)

9. Besonderheiten

Die Behandlung erfolgte durch einen nahen Angehörigen:

Beleg-Nr. _____ Name des Angehörigen und Verwandtschaftsverhältnis _____

(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.)

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

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten sowie gegebenenfalls die personenbezogenen Daten Ihrer Angehörigen erfolgt ausschließlich zu Zwecken der Beihilfebearbeitung 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.

Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie im „Merkblatt DSGVO ZPD“, im Personal-Portal, unter www.hamburg.de/zpd/datenschutz/ oder persönlich im Kundencenter des ZPD Hamburg.

Datum _____

Unterschrift _____

Wenn Sie als Bevollmächtigte/r einen Antrag stellen:

Vollmacht liegt vor Vollmacht ist beigelegt