

# Anlage zum Antrag auf Beihilfe

vom (TT MM JJJJ)

**Hinweis:** Bitte diese Anlage nur bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen zusammen mit dem Beihilfeantragsvordruck LBV 301 einreichen!

Beleg-Art **302 / 10**

Personalnummer

Name, Vorname

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

|          |  |                              |                                      |
|----------|--|------------------------------|--------------------------------------|
| <b>1</b> | <b>Angaben zu Ihrer Ehegattin/Lebenspartnerin, Ihrem Ehegatten/Lebenspartner</b> |                              |                                      |
|          | Name, Vorname  | Geburtsdatum<br>(TT MM JJJJ) | Heirat/Verpartnerung<br>(TT MM JJJJ) |
|          | <input type="text"/>   | <input type="text"/>         | <input type="text"/>                 |

|          |                                    |                              |
|----------|------------------------------------|------------------------------|
| <b>2</b> | <b>Angaben zum Kind/zu Kindern</b> |                              |
|          | Name, Vorname                      | Geburtsdatum<br>(TT MM JJJJ) |
|          | <input type="text"/>               | <input type="text"/>         |
|          | <input type="text"/>               | <input type="text"/>         |
|          | <input type="text"/>               | <input type="text"/>         |
|          | <input type="text"/>               | <input type="text"/>         |
|          | <input type="text"/>               | <input type="text"/>         |

|   |  |                          |                             |                            |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--|--------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>3</b>  | <b>Bitte kreuzen Sie die Art des Krankenversicherungsschutzes an und fügen Sie Nachweise über Art, Höhe und Zeitpunkt bei.</b> |                          |                             |                            |                          |                          |                          |                          |                          |
| (Bitte geben Sie bei Kindern den Vornamen an)   | Private Versicherung   |                          |                             |                            | Gesetzliche Krankenkasse |                          |                          |                          | Nicht versichert         |
|   | Prozent-tarif  | Sonstiger Tarif          | Standard-tarif / Basistarif | Zusatz-tarif <sup>1)</sup> | pflicht-versichert       | freiwillig versichert    | familien-versichert      |                          |                          |
|   |  |                          |                             |                            |                          |                          | A                        | E/LP                     |                          |
| Antragsteller/in (A)                            | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ---                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ehegatte/Ehegattin (E)<br>Lebenspartner/in (LP) | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ---                      | <input type="checkbox"/> |
| Kind  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kind  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kind  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kind  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kind  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

<sup>1)</sup> Hierunter fallen: Pflegekostenversicherung (PfK), Zusatzversicherungen für Zahn- und ambulante Kosten, Wahlleistungen im Krankenhaus, Auslands-(Reise-)versicherungen (AR) o.ä. Nicht anzugeben sind Tagegeldversicherungen (Pflegefalltagegeldversicherung, Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeldversicherung).

LBV 301 ANLAGE – 04/16

|   |  |                               |  |
|---|--|-------------------------------|--|
| 4 | Haben Sie, Ihre Ehegattin/Lebenspartnerin, Ihr Ehegatte/Lebenspartner, im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder einen Anspruch auf |                               |  |
|   | a) <b>Heilfürsorge</b> nach Beamten-/Soldatenrecht (Polizei-/Feuerwehrbeamte, Soldaten)?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja; bitte Nachweis beifügen |
|   | b) <b>Krankenhilfe</b> , z.B. nach Bundesversorgungs-, Opferentschädigungs-, Entwicklungshelfergesetz?                                       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja; bitte Nachweis beifügen |

|   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 5 | a) Waren Sie bereits am 31.12.2012 im Geltungsbereich der Beihilfeverordnung des Landes Baden-Württemberg beihilfeberechtigt? | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> ja; bitte Nachweis beifügen |  |  |  |  |  |  |  |
|   | Falls bekannt, bitte frühere Personalnummer angeben   | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | b) Waren Sie am 31.12.2012 im Geltungsbereich eines anderen Dienstherrn beihilfeberechtigt?                                   | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> ja; bitte Nachweis beifügen |  |  |  |  |  |  |  |

|   |   |                               |  |
|---|---|-------------------------------|--|
| 6 | Waren bei Ihnen mindestens <b>drei Kinder</b> – ggf. auch zu unterschiedlichen Zeiten – im Familien-, Orts- oder Sozialzuschlag berücksichtigungsfähig? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja; bitte Nachweis beifügen |
|---|---|-------------------------------|--|

|   |  |                               |  |
|---|--|-------------------------------|--|
| 7 | Haben Sie/Ihre Angehörigen eine weitere eigene Beihilfeberechtigung? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja; bitte Nachweis beifügen |
|   | Name/n der beihilfeberechtigten Person/en                            |                               |  |

|   |  |                               |  |
|---|--|-------------------------------|--|
| 8 | Ist/Sind Ihr/e Kind/er bei einer anderen beihilfeberechtigten Person (z.B. bei dem anderen auch beihilfeberechtigten Elternteil) ebenfalls berücksichtigungsfähig? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja; bitte Nachweis beifügen |
|   | Name/n des Kindes/der Kinder   |                               |  |
|   |  |                               |  |
|   |  |                               |  |

|   |  |
|---|--|
| 9 | Haben sich sonstige beihilferelevante Änderungen bei Ihnen oder Ihren Angehörigen ergeben? |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |