

Antrag auf Beihilfe in Geburts-, Krankheits-, Pflege-, Todesfällen sowie zur Gesundheitsvorsorge

- Hinweise:** 1. Die folgenden Daten werden für die Bearbeitung Ihrer Angelegenheiten benötigt. Die Rechtsgrundlage, nach denen die Daten erhoben werden, entnehmen Sie bitte dem Ihnen zugesandten Merkblatt zum Datenschutz.
 2. Lebenspartner sind Personen, die eine Partnerschaft auf Lebenszeit nach dem Partnerschaftsgesetz begründet haben.
 3. Dieser und nachfolgend genannte Vordrucke stehen auch unter <https://lbv.landbw.de/vordrucke> zur Verfügung.



Landesamt für Besoldung und
 Versorgung Baden-Württemberg
 Beihilfe
 70730 Fellbach

Beleg-Art **301 / 10**

Antragsdatum (TT MM JJJJ)

Personalnummer

Arbeitsgebiet /

Name, Vorname

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

Summe der geltend gemachten Aufwendungen (siehe Nr. 6)

Telefon (Angabe freiwillig)

Antragsstellung durch **Bevollmächtigte/n, Erbin/Erben** oder eine **sonstige Person**

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

1 Antragstellung Bitte immer ausfüllen! Fehlende Angaben/Anlagen können die Bearbeitung verzögern.	<input type="checkbox"/>	Es handelt sich um einen Erstantrag oder um eine wiederholte Antragstellung mit Änderungen beihilferelevanter Sachverhalte bei mir oder meinen berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Hierzu zählen insbesondere Änderungen beim Krankenversicherungsschutz oder der Beihilfeberechtigung. → Bitte unbedingt den Vordruck LBV 301 Anlage beachten und beifügen!		
	<input type="checkbox"/>	Es handelt sich um eine wiederholte Antragstellung ohne Änderung beihilferelevanter Sachverhalte bei mir oder meinen berücksichtigungsfähigen Angehörigen		
		Ich versichere, dass alle in diesem Antrag gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich auch nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sowie weitere Kostenerstattungen sofort der Beihilfestelle schriftlich anzuzeigen habe. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.		
Unterschrift nicht vergessen!	Unterschrift			
2 Gesamtbetrag der Einkünfte von Ehegatten und Lebenspartnern Bitte ausfüllen, wenn Aufwendungen für die Ehegattin/Lebenspartnerin, den Ehegatten/Lebenspartner geltend gemacht werden.	Wie hoch war der Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz (EStG) ¹⁾ Ihrer Ehegattin/Lebenspartnerin, Ihres Ehegatten/Lebenspartners			
		bis 10.000 EUR	über 10.000 EUR bis 18.000 EUR	über 18.000 EUR
	im letzten Kalenderjahr <input type="text" value="20,00"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	im vorletzten Kalenderjahr <input type="text" value="20,00"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voraussichtliche Höhe im laufenden Kalenderjahr <input type="text" value="20,00"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¹⁾ Den Gesamtbetrag der Einkünfte § 2 Abs. 3 EStG können Sie ggf. dem <u>Einkommensteuerbescheid</u> entnehmen. Zum Gesamtbetrag der Einkünfte gehören auch Einkünfte aus Kapitalvermögen, auch dann wenn diese aufgrund der Regelungen zur Abgeltungssteuer nicht mehr zwingend in der Steuererklärung anzugeben sind.				
3 Unfall oder schädigendes Ereignis	Verletzungsbedingte Aufwendungen infolge eines Unfalls oder eines anderen schädigenden Ereignisses bitte bei Nummer 6 in Spalte F kennzeichnen. Bei erstmaliger Mitteilung eines Unfalls oder eines anderen schädigenden Ereignisses fügen Sie bitte eine Sachverhalts Schilderung mit Angaben zur Art des Unfalls, zum Schädiger und Schadensersatz bzw. Kostenerstattung auf gesondertem Blatt bei. Gerne können Sie hierzu auch den Vordruck LBV 325 b verwenden.			
4 Nahe Angehörige	Aufwendungen über Behandlung/en durch nahe Angehörige bitte bei Nummer 6 in Spalte G kennzeichnen. Nahe Angehörige des Behandelten (Patient) sind: Ehegatten, Lebenspartner, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen - § 5 Abs. 4 Nr. 6 BVO - Angabe Verwandtschaftsverhältnis zum Behandelten (Patient):			

LBV 301 – 04/16

5 Einverständniserklärung Bitte immer ausfüllen!	Die Beihilfestelle darf notwendige telefonische Auskünfte über Belege einholen bei	Antragsteller/in	Angehörige/r
	a) der Krankenversicherung/einem anderen Kostenträger .	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	b) dem Behandler/dem Rechnungsaussteller .	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

6 Zusammenstellung der Aufwendungen/Belege

- Bitte tragen Sie jede Rechnung und jedes Rezept (Belege bitte nicht klammern, heften oder kleben, da wir diese einzeln scannen) einzeln ein und beachten Sie dabei, dass die Belege nicht zurückgegeben werden. Reichen Sie deshalb keine Originale ein (Ausnahme: Todesfallaufwendungen z.B. Sarg, Urne, Nutzungsrecht für Beisetzungsplatz).
- In die Spalte E sind auch Erstattungen aus Zusatzversicherungen, z.B. Auslands(reise-)Krankenversicherungen, Zahnzusatzversicherungen einzutragen. **Soweit nachgewiesen wurde, dass Leistungen aus einer Krankenversicherung nach einem Prozenttarif bemessen werden, ist kein Einzelnachweis und kein Eintrag erforderlich.** Bei Belegen in Fremdwährung geben Sie bitte den in Euro umgerechneten Rechnungsbetrag an.

A	B	C	D	E	F	G
Beleg-Nr.	Aufwendungen für A= Antragsteller/in, E = Ehegattin/-gatte LP= Lebenspartner/in Bei Kindern Vorname	Datum der Rechnung, des Rezepts	Rechnungsbetrag in Euro/Cent	Kostenerstattung von anderer Seite in Euro/Cent	Unfallbedingte Aufwendungen (s. Nr. 3) Datum des Unfalls	Behandlung durch nahen Angehörigen (s. Nr. 4)
1						<input type="checkbox"/>
2						<input type="checkbox"/>
3						<input type="checkbox"/>
4						<input type="checkbox"/>
5						<input type="checkbox"/>
6						<input type="checkbox"/>
7						<input type="checkbox"/>
8						<input type="checkbox"/>
9						<input type="checkbox"/>
10						<input type="checkbox"/>
11						<input type="checkbox"/>
12						<input type="checkbox"/>
13						<input type="checkbox"/>
14						<input type="checkbox"/>
15						<input type="checkbox"/>

Gesamtsumme Rechnungsbeträge 0,00 Euro/Cent

Für die Einreichung weiterer Belege füllen Sie bitte einen neuen Antrag aus.

7 Antrag auf Pauschalbeträge

Ich beantrage **Krankenhaustagegeld**. Bitte den Vordruck LBV 323 beifügen.

Ich beantrage den Pauschbetrag zur **Säuglings- und Kleinkinderausstattung**.

Name Kind _____ Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

Ich beantrage die Pauschalbeihilfe für **häusliche Pflege**. Bitte den Vordruck LBV 341 beifügen.

Ich beantrage den Pauschalzuschlag **Wohngruppe**. Bitte den Vordruck LBV 342 beifügen.

Ich beantrage die **Pauschalbeihilfe aus Anlass des Todes**.

Verstorbene Person _____ Todestag (TT MM JJJJ)

Anlässlich des Todesfalls stehen Sterbegelder zu: nein ja; bitte Nachweis beifügen