

Name:

\_\_\_\_\_

Geschäftszeichen:

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Vorname:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

# Antrag auf Beihilfe Pflege- und allgemeine Aufwendungen

Landesamt für Finanzen

Bei **erstmaliger Antragstellung** oder auf **Verlangen** der Beihilfestelle ist der Antrag vollständig auszufüllen. In **Folgeanträgen** sind die Fragen 1 - 3, soweit zutreffend, zu beantworten (bitte ausfüllen oder ankreuzen). Ggf. bitte Beiblatt für weitere Angaben verwenden.

## Belege bitte nicht heften, klammern oder aufkleben

1	<b>Haben sich Änderungen bei den Fragen 4 – 7 gegenüber Ihrem letzten Antrag ergeben?</b>	<input type="checkbox"/> ja, bei Frage(n) _____ (bitte Fragen beantworten)	<input type="checkbox"/> nein

2	<b>Sofern Aufwendungen für die Ehegattin/den Ehegatten bzw. die Lebenspartnerin/den Lebenspartner (siehe Hinweis Nr. 2) geltend gemacht werden:</b>	
	Vorname der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners (ggf. abweichender Familienname):	
	Hat die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner eine <b>eigene Beihilfeberechtigung</b> ? <input type="checkbox"/> ja, bei: _____ <input type="checkbox"/> nein	
	Übersteigen die Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners - hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen - den Betrag von 18.000 €? Bei Berufstätigkeit der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/ des Lebenspartners bitte erstmalig Frage 5 beantworten! <input type="checkbox"/> ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr <input type="checkbox"/> nein Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind von den Brutto-Einnahmen nur die <u>Werbungskosten</u> abzusetzen.	

3	<b>Es wurden Aufwendungen durch einen Unfall verursacht.</b>		<input type="checkbox"/> ja, <b>Unfalldatum:</b> _____ <input type="checkbox"/> nein
	<b>Unfallart:</b> <input type="checkbox"/> Dienstunfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall		
	<b>Unfallschilderung:</b>  <p style="text-align: right;">Belege kennzeichnen und für die Schilderung ggf. Beiblatt verwenden!</p>		

<input type="checkbox"/> Eine <b>Pauschalbeihilfe</b> für <b>dauernde häusliche Pflege</b> durch <b>andere geeignete Personen</b> für die Zeit vom _____ bis _____ wird beantragt. Eine Bestätigung über die Durchführung der Pflege mit Angabe von Unterbrechungszeiträumen ist beizufügen.
---

Ich bin damit einverstanden, dass die Beihilfestelle bei gebührenrechtlichen und medizinischen Fragen einen Beratungsarzt bzw. Gutachter hinzuziehen und hierzu auch personenbezogene Daten übermitteln kann. Für Rückfragen bei den Behandlern entbinde ich diese von der Schweigepflicht.	<input type="checkbox"/> ja
---	-----------------------------

**Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass Preisnachlässe zu den Krankheitsaufwendungen sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen sind und berichtigte oder stornierte Rechnungen mit einem entsprechenden Hinweis vorzulegen sind.**

<b>Anzahl der eingereichten Belege:</b> 0
<b>Summe der Aufwendungen:</b> € _____

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

**Telefon tagsüber:** \_\_\_\_\_

**Datum**

Beihilfeberechtigte/  
Beihilfeberechtigter

**Unterschrift**

Bevollmächtigte/  
Bevollmächtigter

Nachweis liegt vor

Von Bezügeadresse abweichende **Beihilfeanschrift** (z. B. bei Bevollmächtigten) bzw. **Dienststellenanschrift**:

**Beachten Sie bitte die Hinweise auf der Zusammenstellung der Aufwendungen zum Beihilfeantrag.**



Hinweis nach Art. 16 Abs. 3 Bayer. Datenschutzgesetz (BayDSG): Die Angaben im Beihilfeantrag sind für die Festsetzung der Beihilfe erforderlich.

Antrag im Internet unter: [www.lff.bayern.de](http://www.lff.bayern.de) - Antrag im Behördennetz unter: [www.lff.bybn.de](http://www.lff.bybn.de)

V 12.2017

**Geschäftszeichen:**

**4 Antragstellerin/Antragsteller: Erhalten Sie weitere Bezüge**  
 ja, als  Beamter /  Versorgungsempfänger von:  nein

Nur von Beschäftigten im aktiven Dienst auszufüllen

vollbeschäftigt seit:  teilzeitbeschäftigt seit: Zeitanteil:

Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet?  ja, vom bis  nein

Sind Sie ohne Bezüge beurlaubt?  
 ja, vom bis  Elternzeit  sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)  nein

Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?  
 ja, vom bis als:  nein  
 bei: Zeitanteil:

**5 Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner ohne Bezüge beurlaubt?**  
 ja, vom bis  Elternzeit  sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)  nein

Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner erwerbstätig?  
 ja, als:  Beamter  Arbeitnehmer  Selbständiger  nein  
 bei: Zeitanteil:

**6 Kinder, die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind oder die bei einer zweiten Berufsausbildung bzw. einem Zweitstudium wegen des Umfangs einer Erwerbstätigkeit nicht berücksichtigt werden.**

Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum	Bei Kindern in Berufsausbildung / Studium				eigene Beihilfeberechtigung	
		Art der Ausbildung	Beginn	Voraussichtliches Ende			
a					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
b					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
c					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Ist ein Kind bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig?  
 ja, Kind  nein

Hat ein über 18-jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen?  
 ja, Kind: seit:  nein

**7 Besteht Krankenversicherungsschutz (bei erster Antragstellung und Änderungen – bitte Nachweise vorlegen)**

ja	(bei Kind Vorname angeben)	privat	gesetzlich			Zusatzversicherung (Art?)	
			pfllicht-	freiwillig	familien-		
			versichert				
<input type="checkbox"/>	Antragsteller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Ehegatte/Lebenspartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein

**8 Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z. B. nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz usw.)?**  
 ja, für Person(en): (bitte Nachweis vorlegen u. Aufwendungen kennzeichnen)  nein

**9 Ist mit den behandelnden Ärzten eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) geschlossen worden?**  
 ja (Bitte Kopie der **Wahlleistungsvereinbarung** beilegen!)  nein

**10 Folgender naher Angehöriger (Ehegattin, Ehegatte, Lebenspartnerin, Lebenspartner, Kinder, Eltern der behandelten Person) war bei Behandlungen tätig: Name des Behandlers:**  
 (bitte Belege kennzeichnen)

**11 Es werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind (bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen).**  ja



## Zusammenstellung der Aufwendungen zum Beihilfeantrag

Die Vorlage der Zusammenstellung bei der Beihilfestelle bleibt Ihnen freigestellt.

von Herrn/Frau

vom . . .

**Beachten Sie bitte folgende Hinweise:**

Die Einträge und Belege bitte **nach Personen ordnen**. Bei gleichem Vornamen eines Elternteils und Kindes bitte **Belege** mit „**K**“ kennzeichnen.

**A=Antragstellerin / Antragsteller   E=Ehegattin / Ehegatte   L=Lebenspartnerin / Lebenspartner   K=Kind**

Nr.	A, E, L, K	Vorname des Kindes	Rechnungsdatum	Betrag in Euro
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
<b>Gesamtbetrag:</b>				

### Hinweise:

1. Für die Beantragung der Beihilfe sind **Zweitschriften oder Kopien** ausreichend.
2. Als **Lebenspartner** gelten nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz nur eingetragene Lebenspartnerinnen/Lebenspartner.
3. Bei **Beurlaubungen** ist die **Frage 4** und/oder **Frage 5** stets auszufüllen.
4. Bei **zusätzlichem Anspruch auf Kostenerstattung** (z. B. Bundesversorgungsgesetz) bitte **Frage 8** beantworten.
5. Sofern Aufwendungen für einen **stationären Krankenhausaufenthalt** geltend gemacht werden, ist die **Entlassungsanzeige** mit der Krankenhausrechnung zwingend vorzulegen - bitte **Frage 9** beantworten.
6. Bei Behandlung durch einen **nahen Angehörigen** bitte **Frage 10** beantworten.
7. Bei Ausschluss oder Einstellung von **Versicherungsleistungen** bitte **Frage 11** beantworten.
8. Die Überweisung der Beihilfe erfolgt auf das **Bezügekonto**.