

# Antrag auf Beihilfe in Krankheits-, Geburts- und sonstigen Fällen

Dieser Antrag steht auch unter [www.berlin.de/landesverwaltungsamt/beihilfe/formulare-merkblaetter/allgemeine-informationsblaetter-und-antraege/](http://www.berlin.de/landesverwaltungsamt/beihilfe/formulare-merkblaetter/allgemeine-informationsblaetter-und-antraege/) zur Verfügung.

## Hinweise:

1. Bitte keine Originale einreichen. Eine Rücksendung der Belege erfolgt nicht. Unterlagen bitte nicht klammern, heften oder kleben.
2. Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum beantragt wird.
3. **Für Pflegeleistungen bitte den „Antrag auf Beihilfe für Pflegeleistungen“ verwenden.**
4. Lebenspartner/innen sind Personen, die eine Partnerschaft auf Lebenszeit nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz begründet haben.

beihilfeberechtigte Person: Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon (Angabe freiwillig)
		E-Mail (Angabe freiwillig)
Dienst-/ Wohnanschrift		

Landesverwaltungsamt Berlin  
Zentrale Beihilfestelle – VB B  
10702 Berlin

## Personalkennzeichen

## Antragsdatum

 (TT.MM.JJ)

## Summe der geltend gemachten Aufwendungen

 Euro, Cent

## Kontoverbindung

Beihilfe bitte überweisen auf	<input type="checkbox"/> das Gehaltskonto	<input type="checkbox"/> das Beihilfekonto	<input type="checkbox"/> das folgende Konto:
IBAN:	D E _____		
BIC:	_____		
Kontoinhaber/in:	<input type="checkbox"/> künftig immer als <b>Beihilfekonto</b> nutzen		

Ich versichere, nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Beihilfebewilligung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Nachlässe auf die Kosten sofort der Beihilfestelle anzuzeigen habe. Mir ist auch bekannt, dass ich verpflichtet bin, die Beihilfe für meine/n Ehegatten/in / Lebenspartner/in zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe der Einkünfte unzutreffend sind oder durch die nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (nach Festsetzung des Finanzamtes) unzutreffend werden. Mir ist weiter bekannt, dass ich im Falle bewusst unrichtiger oder unvollständiger Angaben sowie Verfälschung von Belegen strafrechtlich und disziplinarrechtlich verfolgt werde. Tarifbeschäftigte haben mit einer Kündigung zu rechnen.

## Unterschrift

Ich stelle den Antrag als Bevollmächtigte/r; die Vollmacht  liegt vor.  ist beigelegt.

## 1 Stammdatenblatt

Das Stammdatenblatt bitte nur beifügen beim Erstantrag oder bei Änderungen der dort aufgeführten persönlichen Verhältnisse.

## 2 Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für den/die Ehegatten/in, Lebenspartner/in geltend gemacht werden

Der **Gesamtbetrag der Einkünfte** meiner/meines E/LP<sup>1)</sup> beträgt nach § 2 Abs. 3 Einkommenssteuergesetz laut **Einkommensteuerbescheid**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| a) im <b>vorletzten</b> Kalenderjahr (20____)                | <input type="checkbox"/> bis zu 17.000 EUR | <input type="checkbox"/> über 17.000 EUR |
| b) im <b>letzten</b> Kalenderjahr (20____)                   | <input type="checkbox"/> bis zu 17.000 EUR | <input type="checkbox"/> über 17.000 EUR |
| c) voraussichtlich im <b>laufenden</b> Kalenderjahr (20____) | <input type="checkbox"/> bis zu 17.000 EUR | <input type="checkbox"/> über 17.000 EUR |

Der **Einkommensteuerbescheid** ist der Beihilfestelle **jährlich in Kopie zu übersenden.**

## 3 Unfall- und verletzungsbedingte Aufwendungen (bitte auch bei Folgekosten beantworten)

Die geltend gemachten **unfallbedingten** Aufwendungen sind entstanden am \_\_\_\_\_

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> durch einen <b>Dienstunfall</b>               | } <b>Hinweis:</b> Die Aufwendungen sind grundsätzlich nicht berücksichtigungsfähig. Bitte wenden Sie sich an die zuständige Dienststelle.  |   |
| <input type="checkbox"/> durch einen <b>Arbeitsunfall</b>              |  |   |
| <input type="checkbox"/> durch einen <b>Schulunfall</b>                | } Für die unfallbedingten Aufwendungen besteht ein Anspruch auf Kostenerstattung (z.B. auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder beamtenrechtlichen Unfallfürsorge): <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |   |
| <input type="checkbox"/> durch einen <b>Kindergartenunfall</b>         |  |   |
| <input type="checkbox"/> durch einen Unfall im <b>privaten</b> Bereich | } Es kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   |   |
| <input type="checkbox"/> durch einen <b>Sportunfall</b>                |  | Der Unfallfragebogen liegt bereits vor: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> durch ein <b>anderes</b> Ereignis             |  |   |

1) Ehegatte/Ehegattin oder Lebenspartner/in

beihilfeberechtigte Person: Name, Vorname	Personalkennzeichen
---	---------------------

<b>4 Wurden Behandlungen durch nahe Angehörige durchgeführt?</b>
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, es sich handelt sich dabei um folgende Beleg-Nr.: _____
<b>Bei der/dem/den nahen Angehörigen handelt es sich um meine/n:</b>
_____
_____
<u>Hinweis:</u> Die Aufwendungen für persönliche Behandlungen durch die Ehegattin, den Ehegatten, die eingetragene Lebenspartnerin, den eingetragenen Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder des Behandelten sind nicht beihilfefähig. In diesen Fällen sind nur die tatsächlich entstandenen Sachkosten beihilfefähig (§ 8 Abs.1 Nr. 6 LBhVO)

<b>Einverständniserklärung:</b> Die Beihilfestelle darf zur Festsetzung der Beihilfe notwendige Auskünfte über Rechnungen/Belege einholen
a) bei den zuständigen <b>Pflege-/Krankenversicherungen</b> bzw. anderen Kostenträgern <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) bei den <b>Behandlern</b> bzw. Rechnungsausstellern <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die Einwilligungen sind freiwillig. Eine fehlende Einwilligung kann zu Verzögerungen in der Beihilfebearbeitung führen.

## Wichtiger Hinweis

Bitte beachten Sie, gesonderte Anfragen an die Beihilfestelle z.B. zu Kostenübernahmen (Heil- und Kostenpläne) oder z.B. Anfragen zur Beihilfefähigkeit einer bestimmten Therapie- oder Behandlungsform mit einem separaten Schreiben – getrennt von Ihrem Antrag - an die Beihilfestelle zu richten.

Diese Anfragen werden in der Beihilfestelle organisatorisch getrennt von den Anträgen bearbeitet.

Sie unterstützen damit eine zeitnahe Bearbeitung Ihrer Anfrage.

Vielen Dank!

beihilfeberechtigte Person: Name, Vorname	Personalkennzeichen
---	---------------------

**Zusammenstellung der Aufwendungen**

Bitte beachten Sie:

- Wenn Sie Aufwendungen für **mehrere** Personen geltend machen, tragen Sie die Belege bitte **nach Personen geordnet** ein: **Antragsteller/in, Ehegattin/Ehegatte, Lebenspartner/in, Kinder.**
- Werden Aufwendungen für die Ehegattin/den Ehegatten oder die/den Lebenspartner/in geltend gemacht, sind immer Angaben zu dessen Einkünften erforderlich (S. 1, Nr. 2).
- In die Spalte 6 (Kostenerstattung von anderer Seite) sind auch Erstattungen aus Zusatzversicherungen einzutragen. Das Bestehen einer **Auslands-(Reise-) versicherung** ist immer dann anzugeben, wenn Auslandsaufwendungen geltend gemacht werden. Bitte kennzeichnen Sie alle Belege aus dem Ausland. Bei Belegen in Fremdwährung geben Sie bitte den in Euro umgerechneten Rechnungsbetrag an. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung nachweislich nach einem **Vomhundertsatz (Prozenttarif)** bemessen werden, ist **kein** Einzelnachweis und **kein** Eintrag in der Spalte 6 erforderlich
- Bitte tragen Sie jede Rechnung einzeln ein und beachten Sie dabei, dass die Belege nicht zurückgegeben werden. Reichen Sie deshalb **keine Originale** ein.

1	2	3	4	5	6	7
Beleg Nr.	Aufwendungen für A=Antragsteller/in  E/LP= Ehegatte/in Lebenspartner/in  bei Kindern Vorname	Datum der Rechnung, des Rezepts	<b>Art der Aufwendung</b>  (z.B. ärztl. Behandlg. ambulant/ stationär, zahnärztl. Behandlung, Medikamente, Krankenhaus, Heilpraktiker, Hilfsmittel, Vorsorge, Heilkur, Sanatorium, psychotherapeutische Behandlg., etc.)	Rechnungsbetrag  <b>EUR, Ct</b>	Kostenerstattung von anderer Seite  <b>EUR, Ct</b>	<b>Unfallbedingte Aufwendungen</b> (s. Frage 3)  Datum des Unfalls
<b>Summe</b>						