Kurzantrag auf Beihilfe in der beamtenrechtlichen Krankenfürsorge - Land Brandenburg

Antragsteller

Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung	Ministerium	Personalnummer ZBB
Anschrift (nur bei Änderung)	Geburtsdatum	Telefon dienstlich: privat:

Eingangsstempel

Zentrale Bezügestelle
des Landes Brandenburg
- Beihilfestelle -
Postfach 15 60 21
03060 Cottbus

Bei erstmaliger Antragstellung oder mehreren Änderungen der persönlichen Verhältnisse ist der vierseitige Beihilfeantrag zu verwenden.

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

Beihilfeanträge und Informationen finden Sie
im Internet unter www.zbb.brandenburg.de

Wird die Zusendung eines Kurzantrages in Papierform gewünscht?

☐ ja ☐ nein

1. **Es haben sich gegenüber meinem letzten Beihilfeantrag**

☐ keine Änderungen ergeben.

☐ Änderungen ergeben. Diese betreffen:

☐ das Beschäftigungsverhältnis (z. B. Beurlaubung)
☐ den Familienstand
☐ im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder
☐ den Beihilfeanspruch des anderen Elternteils eines Kindes
☐ den Krankenversicherungsschutz für Sie bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige
☐ die Bankverbindung (siehe unten)

Zur Gewährung einer zügigen Bearbeitung tragen Sie hier bitte ein, inwiefern sich Veränderungen ergeben haben.

2. **Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis?**

☐ nein ☐ ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben, Datum des Unfalls:
☐ ja (Unfallschilderung bitte beifügen), Datum des Unfalls:

Es handelt sich um einen ☐ Dienstunfall (Beamter) ☐ Arbeitsunfall ☐ Schulunfall (Kind)
☐ Freizeitunfall ☐ ein sonstiges schädigendes Ereignis

Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)? - Bitte auch die Belege mit „Unfall“ versehen -

Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung* bzw. kommt ein Schadensersatzanspruch Betracht?

* Zu den Ansprüchen auf Kostenerstattung gehören z. B. gesetzliche Unfallversicherung (Schulunfall), Versorgungsamt (Opferentschädigung)

☐ nein ☐ ja

Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Ersatzpflichtigen, Aktenzeichen, Versicherung, Versicherungsnummer

3. **Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen (als Arzt, Heilpraktiker, Heilbehandler usw.) geltend gemacht?**

☐ nein ☐ ja, der Behandelnde ist
☐ Ehegatte ☐ Kind ☐ Elternteil der behandelten Person Beleg-Nr.:

4. **Werden Aufwendungen für den Ehegatten/die Ehegattin geltend gemacht? (Einkommensgrenze: 17.000 EUR Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten; Einkommensteuerbescheid des Vor-Vor-Jahres bitte beigefügen, falls noch nicht erfolgt)**

☐ nein ☐ ja Übersteigt das Einkommen des Vor-Vor-Jahres vor Antragstellung 17.000 EUR? ☐ nein ☐ ja
Übersteigt das voraussichtliche Einkommen des laufenden Jahres 17.000 EUR? ☐ nein ☐ ja

Ich bitte, die Beihilfe ☐ auf mein bekanntes Konto ☐ auf mein neues Konto

IBAN | D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC | | | | | | | | | | | | zu überweisen.

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Kosten sowie Änderungen von Rechnungen sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.
Mir ist auch bekannt, dass ich verpflichtet bin, Beihilfen für den Ehegatten, falls die Angaben über die Höhe der Einkünfte unzutreffend sind oder durch nachträgliche Erhöhung (nach Festsetzung des Finanzamtes) unzutreffend werden, zurück zu zahlen.
Mir ist weiter bekannt, dass ich im Falle bewusst unrichtiger oder unvollständiger Angaben sowie Verfälschung von Belegen strafrechtlich und disziplinarrechtlich verfolgt werde.
Für die mit diesem Antrag eingereichten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Ort, Datum

Unterschrift

Zusammenstellung der Aufwendungen

Die Rechnungsbelege bitte nach Personen ordnen - beginnend mit den Arzneimittelrezepten der Person – und dann fortlaufend nummeriert in die "Zusammenstellung der Aufwendungen" übernehmen.
Die Spalten Ehegatte bzw. Kinder können bei Bedarf auch vom Antragsteller mitgenutzt werden.

Beleg-Nr.	Datum der Rechnung	Art der Leistung (z. B. Rezept, Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus, Hilfsmittel, Heilmittel)	Rechnungsbetrag EUR	Kostenerstattung von anderer Seite, falls kein Prozenttarif EUR
Antragsteller:				
Ehegatte:				
Kinder:				
		Summe der Rechnungsbeträge:	**0**	