

# Antrag auf Beihilfe in der beamtenrechtlichen Krankenfürsorge - Land Brandenburg

Antragsteller

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

Eingangsstempel

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

**Erstmalige Antragstellung im Land Brandenburg?**

ja  nein

## Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

Beihilfeanträge und Informationen finden Sie im Internet unter [www.zbb.brandenburg.de](http://www.zbb.brandenburg.de)

Ich bitte, dem Beihilfebescheid einen neuen Papiervordruck beizufügen.

Hiermit beantrage ich eine Beihilfe zu den in der Anlage aufgeführten und belegten Aufwendungen.

Bitte alle Fragen beantworten und zutreffendes  ankreuzen, ggf. Spalten deutlich ausfüllen.

### 1. Angaben zur Beschäftigung

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben  folgende Änderung:

Dienststelle		
Tag der Beamtung im Land Brandenburg	Tag der Pensionierung	Datum des Ausscheidens aus dem Dienstverhältnis
<input type="checkbox"/> Elternzeit von – bis	<input type="checkbox"/> Beurlaubung ohne Dienstbezüge von - bis: (Bitte Nachweis beifügen!)	
<input type="checkbox"/> Abordnung außerhalb des Landes Brandenburg (bitte Nachweis beifügen!)		

### 2. Angaben zum Familienstand

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben  folgende Änderung:

Familienstand <input type="checkbox"/> ledig	verheiratet seit:	geschieden seit:	verwitwet seit:
Name, Vorname des Ehegatten		Geburtsdatum des Ehegatten	

### 2.1 Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

keine Änderung gegenüber den letzten, im Beihilfeantrag gemachten, Angaben  folgende Änderung:

1. Kind - Vorname *	Geburtsdatum	Wem wird der Familienzuschlag gezahlt (Name)
2. Kind - Vorname *	Geburtsdatum	Wem wird der Familienzuschlag gezahlt (Name)
3. Kind - Vorname *	Geburtsdatum	Wem wird der Familienzuschlag gezahlt (Name)
4. Kind - Vorname *	Geburtsdatum	Wem wird der Familienzuschlag gezahlt (Name)
Wegfall eines Kindes aus dem Familienzuschlag (Vorname)		ab:
Wiederaufnahme eines Kindes in den Familienzuschlag nach einer Unterbrechung (Vorname)		ab:

\* ggf. abweichender Familienname

**3. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen?**

Bei erstmaliger Antragstellung sowie bei jeder Tarifumstellung oder -änderung (nicht: Beitragsänderung) bitte einen Nachweis beifügen.

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben  folgende Änderung:

Personen	Prozentsatz Private Krankenversicherung ab dem (Datum)	Gesetzliche Krankenversicherung				Private Zusatzversicherung (z. B. Zahnersatz, Heilpraktiker)		Freie Heilfürsorge, Krankenhilfe- oder Kostenerstattungsanspruch ab dem (Datum)	Keine Krankenversicherung (ab dem Datum)
		pflichtversichert (§ 5 SGB V) ab dem (Datum)	freiwillig versichert (§ 9 SGB V) ab dem (Datum)	familierversichert (§ 10 SGB V) ab dem (Datum)					
Beihilfeberechtigte/ Beihilfeberechtigter	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ehegatte	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1. Kind	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Kind	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Kind	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Kind	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Bei privater Krankenversicherung und privater Zusatzversicherung ist als Nachweis eine Bescheinigung der Versicherung oder Kopie des aktuellen Versicherungsscheines notwendig.**

Zu den gesetzlichen Krankenversicherungen gehören z. B. AOK, BKK, Ersatzkassen und knappschaftliche Krankenversicherung. Legen Sie bei freiwilliger gesetzlicher Versicherung von Angehörigen bitte einen Nachweis vor. Ein Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung kann z. B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen bestehen.

**4. Besteht für Sie, Ihren Ehegatten bzw. den anderen Elternteil Ihres Kindes oder Ihr Kind eine anderweitige eigene Beihilfeberechtigung?**

nein  ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben  folgende Änderung: Beihilfeberechtigung aufgrund

<input type="checkbox"/> eines Dienstverhältnisses als Beamter im öffentlichen Dienst	Wer	Wo und seit wann
<input type="checkbox"/> des Erhalts von Versorgungsbezügen (Pension)	Wer	Wo und seit wann
<input type="checkbox"/> eines Beschäftigungsverhältnisses bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen usw.	Wer	Wo und seit wann
<input type="checkbox"/> eines Abgeordnetenverhältnisses	Wer	Wo und seit wann

**5. Ist ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger bei einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig (z. B. Kinder bei beiden Elternteilen)?**

nein  ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben  folgende Änderung:

Welche Person	bei wem
---------------	---------

**6. Werden Aufwendungen für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten geltend gemacht?**

nein  ja (Bitte den Einkommensteuerbescheid des Vor-Vor-Jahres vor dieser Antragstellung beifügen, wenn noch nicht eingereicht!)

Übersteigen die Einkünfte Ihres Ehegatten (§ 2 Abs. 3 EStG) im Vorvorjahr vor Antragstellung den Betrag von 17.000,00 EUR? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich ebenfalls übersteigen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**7. 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 in 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
---



