

Antrag auf Beihilfe

Antragsteller/in Name, Vorname

Geburtsdatum

Personalnummer

E-Mail-Adresse

Dienststellen-Nr.

Telefonnummer privat

Telefonnummer dienstlich

**Regierungspräsidium Kassel
Dezernat Beihilfen Hünfeld**

36086 Hünfeld

Bitte keine Originalbelege beifügen

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit der folgenden Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Leistungen (auch solche nach §§ 61 und 62 SGB V), Beitragsrückzahlungen gesetzlicher Krankenkassen, Verkaufserlöse für Hilfsmittel usw., Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen zu den geltend gemachten Aufwendungen sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe. Ich bin verpflichtet, die Beihilfe für meinen Ehegatten/meine Ehegattin und die auf den erhöhten Bemessungssatz entfallende Beihilfe zurückzuzahlen, soweit die Angaben über die Höhe seiner/ihrer Einkünfte unzutreffend sind oder durch nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (z. B. durch Feststellung des Finanzamtes) unzutreffend werden.

Für die nachfolgend geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Datum, Unterschrift

Gesamtbetrag
der Aufwendungen
ca.

 , - €

Anzahl der Belege
(Bitte Hinweis Nr. 7 Seite 4
beachten)

Es werden Pflegeaufwendungen nach § 9 HBeihVO geltend gemacht

(Bitte zusätzlich Anlage "Pflege" ausfüllen)

Es werden Sachleistungsaufwendungen nach § 5 Abs. 5 HBeihVO geltend gemacht

(Bitte Hinweis Nr. 5 Seite 4 beachten)

Hat sich Ihre Bankverbindung geändert?

Ja Nein

Bei Änderung der Bankverbindung oder Erstantrag bitte ausfüllen:

BIC

IBAN

Hat sich die Adresse, an welche der Bescheid gesandt wird, geändert?

Ja Nein

Abweichende Adresse:

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

1 Angaben zum/zur Beihilfeberechtigten und zur Berücksichtigung von Angehörigen

Sind oder waren Sie, Ihr Ehegatte bzw. der andere Elternteil oder berücksichtigungsfähige Kinder in den letzten zwölf Monaten vor der Antragstellung

- nicht erwerbstätig
- berufstätig, in (Hoch-)Schul-Berufsausbildung
- freiwilligen Wehrdienst/Freiwilliges soziales Jahr leistend
- arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld oder -hilfe
- in Elternzeit
- Empfänger/in von Versorgungsbezügen oder Renten
- beschäftigt im öffentlichen Dienst

Ja, und zwar folgende Personen:
(bitte auch beantworten, wenn keine Aufwendungen für die Person geltend gemacht werden)

Zum Ausfüllen der Spalte "B" siehe Anmerkungen 6 auf Seite 4

| Name, Vorname | B | von TT.MM.JJJJ | - | bis TT.MM.JJJJ |
|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> |

Für folgende Kinder steht mir Kindergeld/Familienzuschlag **nicht** zu:

Es besteht kein Anspruch auf Familienzuschlag

anderer Eltern-teil bezieht Fam.-/ Orts-/ Sozialzuschlag

Wegfall des Kindergeld-anpruchs

rückwirkender Wegfall des Kindergeld-anpruchs

Nachweis liegt bei

Nachweis liegt vor

| Name, Vorname | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2 Krankenversicherungsschutz

Bitte auch ausfüllen, wenn für einzelne der nachstehenden Personen keine Beihilfe beantragt wird:

| versicherte Person | Name, Vorname | Geburtsdatum TT.MM.JJJJ |
|--------------------|----------------------------------|----------------------------|
| Person 1 | Antragsteller/in | <input type="text"/> |
| Person 2 | Ehegatte bzw. anderer Elternteil | <input type="text"/> |
| Person 3 | Kind | <input type="text"/> |
| Person 4 | Kind | <input type="text"/> |
| Person 5 | Kind | <input type="text"/> |

| Name der Krankenversicherung | privat vers. | freiwillig gesetzlich versichert | pflicht- vers. | familien- vers. bei 1 oder 2 | rentenkranken- versichert -KVdR - | nicht ver. |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Person 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Person 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Person 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Person 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Person 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bei einem Wechsel der Krankenversicherung: Bei welcher Person und wann hat dieser stattgefunden?

| Name, Vorname | Zeitpunkt TT.MM.JJJJ |
|----------------------|-------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

3 Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

(z. B. aus Arbeitsvertrag, vom Rentenversicherungsträger, aus Dienstordnungsverhältnis)

Erhalten Sie und / oder Ihr Ehegatte / Ihre Ehegattin / Ihre Kinder einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag?

Ja Nein

Name, Vorname

Zuschuss in Euro

 €

Nachweis
liegt bei

Nachweis
liegt vor

Name, Vorname

Zuschuss in Euro

 €

Nachweis
liegt bei

Nachweis
liegt vor

4 Vorrangige Ansprüche auf Leistungen im Krankheitsfall nach anderen Rechtsvorschriften

Bestehen sonstige Ansprüche auf Leistung zu Heilbehandlungskosten
(z. B. gesetzliche Krankenversicherung, Unfall-, Heilfürsorge, BVG)?

Ja Nein

Nachweis
liegt bei

Nachweis
liegt vor

5 Nur ausfüllen für Personen mit Rentenanspruch

Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?

Ja Nein

Name, Vorname

TT.MM.JJJJ

am:

6 Angaben zu dem Gesamtbetrag der Einkünfte der Ehegattin / des Ehegatten

Erhielt Ihre Ehegattin / Ihr Ehegatte im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) - bitte Anmerkung Nr. 4 beachten - ?

Ja Nein

Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte Ihrer Ehegattin / Ihres Ehegatten im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung den steuerlichen Grundfreibetrag nach § 32a Abs.1 EStG - bitte Anmerkung Nr. 8 beachten -?

Ja Nein

Wird diese Einkunftsgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten?

Ja Nein

7 Werden Unfallaufwendungen geltend gemacht?

Ja Nein

Belege, die Unfallaufwendungen enthalten, bitte oben rechts mit einem „U“ kennzeichnen.

Es handelt sich um einen

Dienstunfall

Kita- / Schulunfall

Die Unfallschilderung
liegt bei

liegt vor

Unfall im privaten Bereich

Arbeitsunfall

Es kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?

Ja

Nein

Name des Ersatzpflichtigen (z. B. Versicherung)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

8 Werden Aufwendungen aus den nachfolgend genannten Bereichen geltend gemacht?

Ja Nein

Die Behandlung erfolgte durch einen nahen Angehörigen (Ehegatte/in, Kind oder Elternteil der behandelten Person)

Ja

Bitte Belege oben rechts mit **A** kennzeichnen

Versicherungsleistungen sind ausgeschlossen worden

Ja

Nachweis liegt bei Nachweis liegt vor

Bitte Belege oben rechts mit **L** kennzeichnen

Es wurden oder werden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) in Anspruch genommen

Ja

Bitte Belege oben rechts mit **G** kennzeichnen

9 Werden Aufwendungen zu einem Todesfall geltend gemacht?

Ja Nein

Name, Vorname der/des Verstorbenen

In welchem Verwandtschaftsverhältnis standen Sie zu der/dem Verstorbenen?

Todestag
TT.MM.JJJJ

Sind Ihnen aus Anlass der Beisetzung Aufwendungen (ohne Überführungskosten) in Höhe von mindestens 665 € bzw. 435 € (bei Kinderbestattung) entstanden?

Ja Nein

Steht Ihnen anlässlich des Todesfalles Sterbegeld zu?

Ja Nein

zahlende Stelle

Betrag

 €

Anmerkungen

1. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungs- bzw. Kaufdatum beantragt wurde. Bei Sachleistungen ist der in der Bescheinigung aufgeführte Behandlungs- bzw. Kauftag entscheidend. Für den Fristablauf ist der Tag des Antrageseingangs bei der Beihilfefestsetzungsstelle maßgeblich. Der Bemessungssatz richtet sich nach den Verhältnissen im Zeitpunkt der Antragstellung.
2. **Bitte legen Sie keine Originalbelege vor**, da alle eingesandten Belege nach der elektronischen Erfassung vernichtet werden. Bitte fertigen Sie pro Beleg eine separate Kopie und beachten Sie, dass Kopien und Zweitschriften deutlich lesbar sein müssen.
3. Bei Heilbehandlungen und Hilfsmitteln sowie bei Arznei- und Verbandmitteln legen Sie bitte neben der Rechnung die Verordnung einer Ärztin/eines Arztes bzw. einer Heilpraktikerin/eines Heilpraktikers vor.
4. In- und ausländische Einkünfte im Sinne von § 2 Abs. 3 EStG sind neben dem um die Werbungskosten bzw. den Arbeitnehmer-Pauschalbetrag (1.000 €) verminderten Arbeitslohn insbesondere der zu versteuernde Anteil von Renten, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus der Land- und Forstwirtschaft, Kapitaleinnahmen (gekürzt um den z. Zt. gültigen Sparerfreibetrag) sowie Einkünfte aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit.
5. Sachleistungsbeihilfe: Erforderlich ist zusätzlich eine Bescheinigung der Krankenversicherung über den monatlichen Krankenversicherungsbeitrag (ohne Pflegeversicherung) für die dem Antragsmonat vorausgegangenen letzten zwölf Kalendermonate.
6. Bitte tragen Sie folgende Abkürzungen ein:

| | | | |
|------------------------|-----------|---|---------------|
| - Nicht erwerbstätig = | NE | - Beschäftigt im öffentlichen Dienst = | öD |
| - Schulausbildung = | SB | - Hochschulausbildung = | HS |
| - Elternzeit = | EZ | - Versorgungsempfänger/in = | VE |
| - Rentenbezieher/in = | RE | - arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld oder -hilfe = | AL |
| - Berufstätig = | BT | - Wehrdienst/freiwilliges soziales Jahr = | WD/FSJ |
7. Als jeweils ein Beleg gelten z. B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung (s. Anmerkung 3) oder Rechnungen über das Zahnarzt Honorar und Material- und Laborkosten.
8. Der steuerliche Grundfreibetrag beträgt gem. § 32 a Abs. 1 EStG in 2016 8.652 € und in 2017 8.820 €.