Bitte Zutreffendes ankreuzen ☒ oder deutlich ausfüllen

Antrag auf Beihilfe in der beamtenrechtlichen Krankenfürsorge

(Für Dienstunfallaufwendungen gesonderten Vordruck bei der Dienststelle anfordern)

Familienname, Vorname(n)	Beschäftigungsdienststelle	Besoldungsgruppe/ Entgeltgruppe	Geburtsdatum	Telefon

Dienstleistungszentrum Personal
des Landes Schleswig-Holstein
- Beihilfe -
Speckenbeker Weg 133
24113 KIEL

Der Beihilfeantrag enthält:

☐ **krankheitsbedingte Aufwendungen**
☐ **Aufwendungen aufgrund einer Pflegeeinstufung**

Personalnummer

Frage 1 - 9: Keine Änderung zu den letzten Angaben (ohne Amtshilfefälle) ☒

Bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderung der persönlichen Verhältnisse (auch nach Eintritt in den Ruhestand) und bei Beihilfeberechtigten, für die das DLZP SH das Gehalt nicht anweist (Amtshilfefälle), ist stets der vierseitige Beihilfeantrag zu verwenden.

Bitte diesen Bereich immer ausfüllen

Bitte nachfolgende Fragen bei jeder Antragstellung beachten

10 **Immer ausfüllen, wenn Aufwendungen für die Ehegattin / den Ehegatten, die Lebenspartnerin / den Lebenspartner geltend gemacht werden**

Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartners im Vorvorkalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags den Betrag von 18.000 €? ☐ nein ☐ ja

Nur beantworten, wenn die 1. Frage mit ja beantwortet wurde.
Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich übersteigen? ☐ nein ☐ ja

11 Der Antrag beinhaltet Aufwendungen aus Anlass von **Verletzungen, Gesundheitsschädigungen**
zum Beispiel durch: Unfall, tätlichen Angriff, Tierverhalten, Behandlungsfehler, Produktfehler ☐ nein ☐ ja

Datum der Schädigung:

Belegnummern der verletzungsbedingten Aufwendungen:

Sind Aufwendungen nur teilweise schadensbedingt, bitte die betreffenden Positionen auf den Belegen kennzeichnen.

☐ Verletzung wurde **ausschließlich durch Eigenverschulden** verursacht.
➔ kurze Beschreibung über den Sachverhalt/Hergang
☐ ist beigefügt ☐ liegt bereits vor

☐ Schädigung wurde **durch Dritte** verursacht (auch: **Mitverursachung, Unterlassen, Gefährdungshaftung**)
➔ Vordruck DLZP SH (erhältlich: Tel. 0431/988-9555 oder www.dlzp.schleswig-holstein.de) ausfüllen und beifügen
☐ Vordruck liegt bereits vor
Hinweis: ohne Vordruck erfolgt **keine Abrechnung**

Besteht für die verletzungsbedingten Aufwendungen Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung (zum Beispiel Unfälle in Schulen, Kindergärten und Tageseinrichtungen, einschließlich Wegeunfälle), nach dem Opferentschädigungsgesetz oder anderen Kostenerstattungsvorschriften?
☐ nein ☐ ja ➔ Bitte Erstattungsnachweise beifügen

➔ Bei (möglichen) Ansprüchen nach dem **Opferentschädigungsgesetz** bitte Vordrucke 2502 und 2602 vom DLZP SH anfordern, ausfüllen und dem Beihilfeantrag beilegen.
➔ Aufwendungen für einen **Dienstunfall** sind bei der (Personal-)Dienststelle einzureichen.

Bei Angaben zu Frage 12 bis 14 (Aufwendungen für die Behandlung durch einen nahen Angehörigen; Individuelle Leistungsausschlüsse der privaten Krankenversicherung; in Todesfällen) **verwenden Sie bitte ausschließlich den vierseitigen Beihilfeantrag.**

15 **Nur ausfüllen,** wenn Sie einen Abschlag erhalten haben

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten in Höhe von €:

Bescheid vom:

16 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 Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

Mir ist auch bekannt, dass ich verpflichtet bin, die Beihilfe für meine Ehegattin/meinen Ehegatten bzw. meine Lebenspartnerin/meinen Lebenspartner zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe ihrer/seiner 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. Arbeitnehmer haben mit einer Kündigung zu rechnen.

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

Ort, Datum: Unterschrift:

Die Überweisung der Beihilfe erfolgt grundsätzlich auf das Konto, auf das auch Ihre Besoldung / Versorgung / Vergütung gezahlt wird.

Abweichende Bankverbindungen sind in folgenden Ausnahmefällen zulässig (BITTE STETS RECHTS EINTRAGEN):

- **Ein Sonderkonto des Beihilfeberechtigten**
- **Für getrennt lebende Ehegatten / Lebenspartner sowie infolge der Trennung aushäusig lebende Kinder**
- **Direktüberweisung an Krankenhäuser**
- **Sterbefall / Überleitung durch Sozialamt / Betreuung**

BIC

IBAN

Name des Geldinstituts

Name der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers

Anschrift

						/				

Von der Beihilfestelle auszufüllen (Antragsnummer)

Weitere Angaben auf Seite 2

Zusammenstellung der Aufwendungen (höchstens 40 Belege):

- Die Belege bitte nach Personen geordnet eintragen: Antragstellerin/Antragsteller, Ehegattin/Ehegatte, Lebenspartnerin/Lebenspartner, Kinder
- Bitte keine Originale sondern gut lesbare Duplikate, Zweitschriften oder eigenständig gefertigte Fotokopien einreichen.
- Sämtliche Belege werden nicht zurückgesandt sondern nach Rechtskraft des Beihilfebescheides im Amt vernichtet.
- Sofern dieser Beihilfeantrag im Ausland entstandene Aufwendungen enthält, fügen Sie bitte den Erstattungsnachweis der zusätzlichen Auslandskrankenversicherung bei. Wenn keine Auslandskrankenversicherung vorhanden ist, teilen Sie dieses bitte auf einem neutralen Blatt ausdrücklich mit.

Krankheitsbedingte Aufwendungen					**Krankheitsbedingte Aufwendungen**					**Aufwendungen für Pflege** (Erstattungsnachweis der Pflegekasse beifügen)				
Beleg Nr.	Bezeichnung der/des Erkrankten	Datum der Rechnung / Kaufdatum der Arznei	Art der Leistung	Rechnungsbetrag Euro Cent	Beleg Nr.	Bezeichnung der/des Erkrankten	Datum der Rechnung / Kaufdatum der Arznei	Art der Leistung	Rechnungsbetrag Euro Cent	Beleg Nr.	Bezeichnung der/des Erkrankten	Datum der Rechnung	Art der Leistung	Rechnungsbetrag Euro Cent