

# Antrag auf Beihilfe in der beamtenrechtlichen Krankenfürsorge (Für Dienstunfallaufwendungen gesonderten Vordruck bei der Dienststelle anfordern)

Bitte diesen Bereich immer ausfüllen

Familienname, Vorname(n)	Beschäftigungsdienststelle	Besoldungsgruppe/ Entgeltgruppe	Geburtsdatum	Telefon
Dienstleistungszentrum Personal des Landes Schleswig-Holstein - Beihilfe - Speckenbeker Weg 133 24113 KIEL		Der Beihilfeantrag enthält: <input type="checkbox"/> <u>krankheitsbedingte</u> Aufwendungen <input type="checkbox"/> Aufwendungen aufgrund einer <u>Pflegeeinstufung</u>		
		<b>Personalnummer</b>		
Bei erstmaliger Antragstellung (auch nach Eintritt in den Ruhestand) und bei Beihilferechtigten, für die das <b>das Gehalt nicht anweist (Amtshilfefälle)</b> , bitte alle Fragen beantworten.				
Bei wiederholter Antragstellung (ohne Amtshilfefälle): Haben sich Änderungen bei den Fragen Nr. 1 bis 9 gegenüber den Angaben im letzten Antrag auf Beihilfe ergeben?				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende Änderungen unter Nr. 1 bis 9 <b>weiter bei Nr. 10</b> <b>dann weiter ab Nr. 10</b>				

<b>1</b>	Dienststelle der Antragstellerin/des Antragstellers; bei Versorgungsempfängerin/Versorgungsempfänger Wohnungsanschrift:		
➔	Nur ausfüllen, wenn <b>nicht</b> Versorgungsempfängerin/Versorgungsempfänger im öffentlichen Dienst seit: _____ im Landesdienst seit: _____		
	<input type="checkbox"/> vollbeschäftigt <input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt seit: _____	mit Anzahl der Wochenstunden _____ ohne Bezüge beurlaubt/ freigestellt von: _____ bis: _____	Beurlaubungsgrund <input type="checkbox"/> Freistellung Altersteilzeit <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> sonstiger Grund
➔	Nur ausfüllen, wenn Versorgungsempfängerin/Versorgungsempfänger Eintritt in den Ruhestand am: _____		Dienst-/Arbeitsverhältnis befristet: von: _____ bis: _____
	Sind Sie noch berufstätig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei		Beziehen Sie mehrere Versorgungsbezüge? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von
<b>2</b>	Haben Sie oder Ihre Angehörigen (Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner und im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder) einen Anspruch auf: <b>Heilfürsorge</b> nach Beamten- oder Soldatenrecht ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <b>Krankenhilfe</b> nach Bundesversorgungs-, Lastenausgleichs-, Bundesentschädigungs-, Entwicklungshelfergesetz ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <b>Krankenfürsorge</b> nach dienst- oder arbeitsvertraglichen Regelungen ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
<b>3</b>	Besteht eine <b>Lebenspartnerschaft</b> nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz ( LPartG )? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte beglaubigte Fotokopie der Urkunde beifügen		
<b>4</b>	Welcher Kranken-/Pflegeversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen (Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner und im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder)? Haben Sie oder Angehörige eine Auslandsrankenversicherung? <b>Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor.</b> Bei Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung wird ein Nachweis benötigt, aus dem hervorgeht ob es sich um eine Pflichtversicherung oder eine freiwillige Mitgliedschaft handelt.		
	<input type="checkbox"/> Es besteht <b>kein</b> Krankenversicherungsschutz für _____		<input type="checkbox"/> Es besteht <b>kein</b> Pflegeversicherungsschutz für _____
	Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit bei	von - bis / seit:	Grund:
	Einkünfte aus Erwerbstätigkeit des Kindes	von - bis / seit:	Höhe der Einkünfte (€ mtl.):
	Vorname _____		
<b>5</b>	Nur bei Mitgliedschaft in einer <u>gesetzlichen</u> Krankenversicherung: Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen aufgrund eines Arbeitsverhältnisses oder eines Rentenbezuges gewährt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ➔		Rechtsgrundlage ( z. B. § 257 SGB V )
	Empfängerin/Empfänger	Höhe des Zuschusses (€ mtl.)	Höhe des Versicherungsbeitrages (€ mtl.)
	1. _____	_____	_____
	2. _____	_____	_____
	Wird in der gesetzlichen Krankenkasse als freiwilliges Mitglied ein geringerer als der allgemeine Beitragssatz gezahlt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ↓		Rechtsgrundlage ( z. B. § 240 Abs. 3 a SGB V )
	Höhe des allgemeinen Beitrages (€ mtl.)	Höhe des Zuschusses (€ mtl.)	
	Zahlungspflichtige/Zahlungspflichtiger: _____		

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Von der Beihilfestelle auszufüllen (Antragsnummer)

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 Auslandsrankenversicherung bei.

Wenn keine Auslandsrankenversicherung vorhanden ist, teilen Sie dieses bitte auf einem neutralen Blatt ausdrücklich mit.

### Krankheitsbedingte Aufwendungen

( bitte Rechnungen und Rezepte einzeln eintragen )

B e l e g  N r.	Bezeichnung der/des Erkrankten A = Antragstel- ler/in E = Ehegatte/in L = Lebenspart- ner/in Bei Kindern Vorname	Datum der Rechnung, Kaufdatum der Arznei	Art der Leistung ( z.B. ärztl./zahnärztl. Behandlung, Arzneimit- tel,Hilfsmittel,Stationäre Behandlung, Sanatorium, Heilkur, Fahrkosten )	Rechnungs- betrag	Euro / Cent	B e l e g  N r.	Bezeichnung der/des Erkrankten A = Antragstel- ler/in E = Ehegatte/in L = Lebenpart- ner/in Bei Kindern Vorname	Datum der Rechnung, Kaufdatum der Arznei	Art der Leistung ( z.B. ärztl./zahnärztl. Behandlung, Arzneimit- tel,Hilfsmittel,Stationäre Behandlung, Sanatori- um, Heilkur, Fahrkos- ten )	Rechnungs- betrag	Euro / Cent
									Übertrag		
<b>Übertrag</b>						<b>Zwischensumme 1</b>					

## Aufwendungen für Pflege

**Beim Erstantrag und bei Änderungen muss der Leistungsbescheid der Pflegeversicherung beigelegt werden**

(Bitte zu jedem Beleg den Erstattungsnachweis der Pflegekasse beifügen)

B e l e g  N r.	Bezeichnung der/des Erkrank- ten A = Antragsteller/in E = Ehegatte/in L = Lebenspart- ner/in Bei Kindern Vorna- me	Datum der Rechnung	Art der Leistung bzw. Monat der Pflegeleistung	Rechnungs- betrag		B e l e g  N r.	Bezeichnung der/des Erkrank- ten A = Antragsteller/in E = Ehegatte/in L = Lebenspart- ner/in Bei Kindern Vorna- me	Datum der Rechnung	Art der Leistung bzw. Monat der Pflegeleistung	Rechnungs- betrag
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5

**Ambulante Pflege / Ambulante zusätzliche Betreuungsleistungen**


**Verhinderungs- / Kurzzeitpflege** ( Erstattungsnachweis der Pflegeversicherung beifügen )


**Vollstationäre Pflege** ( Einkommensänderungen sind mitzuteilen ) / **Behindertenhilfe**


**Pflegehilfsmittel** ( Erstattungsnachweis der Pflegeversicherung beifügen )


Zwischensumme 2

--

Zwischensumme 3

0
---

Zwischensumme 2

--

Zwischensumme 1

--

Gesamtsumme

0
---

**Pflegepauschale für** \_\_\_\_\_

(Name)

**Pflegegrad** \_\_\_\_\_

Ich beantrage für die dauernde häusliche Pflege die monatliche Pauschalbeihilfe für den Zeitraum

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(im Voraus höchstens für 6 Monate)

**Angaben soweit die pflegende Person  
rentenversichert wurde**

Name , Vorname, Anschrift

Rentenversicherungsnummer

**Bei Versicherungspflicht der pflegenden Person bitte  
die Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung  
zur Rentenversicherung beifügen!**

**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 UNTEN 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

**Kontodaten nur bei abweichender  
Bankverbindung ausfüllen!**

BIC

IBAN

Name des Geldinstituts

Name der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers

Anschrift

6	Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt oder werden solche Renten bereits gezahlt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ↓			
	bei	Antragsdatum	Ist der Antrag abgelehnt worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> noch nicht entschieden	
	für (Vorname(n), Familienname)		Rentenhöhe:	
7	Haben Sie oder Ihre Angehörigen eine sonstige eigene Beihilfeberechtigung? <input type="checkbox"/> nein			
	<input type="checkbox"/> Ja, aufgrund einer beamtenrechtlichen Versorgung	wer:		
	<input type="checkbox"/> Ja, aufgrund eines Dienstverhältnisses im öffentlichen Dienst als Beamtin/Beamter	wer:		
	<input type="checkbox"/> Ja, aufgrund eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses	wer:		
	<input type="checkbox"/> Ja, aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses	wer:		
gegenüber wem:		seit:		
8	Sind Angehörige bei einer/einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ↓			
	Wer?			
	Bei wem (z. B. Dienstherr, Arbeitgeber usw.)?			
9	<b>Familienstandsbezogene Angaben</b>			
	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig	verheiratet seit / Lebenspartnerschaft seit	geschieden oder verwitwet seit / Lebenspartnerschaft aufgehoben seit	Name(n) der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners
	Geburtsdatum			
	Ist die Ehegattin/der Ehegatte (auch die/der geschiedene/getrennt lebende) bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner (auch die/der getrennt lebende oder bei aufgehobener Lebenspartnerschaft) beziehungsweise die Mutter/der Vater berücksichtigungsfähiger gemeinsamer Kinder selbst beihilfeberechtigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bei wem?			Personalnummer wenn beim DLZP SH?
	Wer soll den höheren Bemessungssatz erhalten (§6 Abs. 1 Satz 3 BhVO)? <input type="checkbox"/> Antragstellerin/Antragsteller <input type="checkbox"/> andere(r) Beihilfeberechtigte(r) der berücksichtigungsfähigen gemeinsamen Kinder			Unterschrift des anderen Beihilfeberechtigten

↓ **Bitte nachfolgende Fragen bei jeder Antragstellung beachten** ↓

10	<b>Immer ausfüllen, wenn Aufwendungen für die Ehegattin / den Ehegatten, die Lebenspartnerin / den Lebenspartner geltend gemacht werden</b>	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 €? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		Nur beantworten, wenn die 1. Frage mit ja beantwortet wurde. Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich übersteigen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
11	Der Antrag beinhaltet Aufwendungen aus Anlass von <b>Verletzungen, Gesundheitsschädigungen</b> zum Beispiel durch: Unfall, tätlichen Angriff, Tierverhalten, Behandlungsfehler, Produktfehler <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Datum der Schädigung: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	Verletzung wurde <b>ausschließlich durch Eigenverschulden</b> verursacht. <input type="checkbox"/> → kurze Beschreibung über den Sachverhalt/Hergang <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> liegt bereits vor
	Belegnummern der verletzungsbedingten Aufwendungen: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	Schädigung wurde <b>durch Dritte</b> verursacht (auch: <b>Mitverursachung, Unterlassen, Gefährdungshaftung</b> ) <input type="checkbox"/> → Vordruck DLZP SH (erhältlich: Tel. 0431/988-9555 oder www.dlzp.schleswig-holstein.de) ausfüllen und beifügen <input type="checkbox"/> Vordruck liegt bereits vor <b>Hinweis:</b> ohne Vordruck erfolgt <b>keine Abrechnung</b>
	Sind Aufwendungen nur teilweise schadensbedingt, bitte die betreffenden Positionen auf den Belegen kennzeichnen.	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? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Bitte Erstattungsnachweise beifügen
		→ Bei (möglichen) Ansprüchen nach dem <b>Opferentschädigungsgesetz</b> bitte Vordrucke 2502 und 2602 vom DLZP SH anfordern, ausfüllen und dem Beihilfeantrag beilegen. → Aufwendungen für einen <b>Dienstunfall</b> sind bei der (Personal-)Dienststelle einzureichen.
12	<b>Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für die Behandlung durch einen nahen Angehörigen (z.B als Arzt) geltend gemacht werden.</b>	Um welche Aufwendungen handelt es sich? - Beleg Nr. (Als nahe Angehörige gelten: Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person)
13	<b>Nur ausfüllen, wenn die private Versicherung individuelle Leistungsausschlüsse enthält.</b>	Die nachstehend angegebenen Belege enthalten Aufwendungen für Krankheiten, für die <b>Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder auf Dauer eingestellt</b> worden sind. Beleg Nr.: _____ Bitte Nachweis über Ausschluss beifügen (Vers.-Scheine o. Ä.)
14	<b>Nur ausfüllen in Todesfällen</b>	Name der/des Verstorbenen: _____ Todestag: _____
15	<b>Nur ausfüllen, wenn Sie einen Abschlag erhalten haben</b>	Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten in Höhe von _____ €. Bescheid vom: _____

16	Ich versichere nach bestem Wissen die <b>Vollständigkeit</b> und <b>Richtigkeit</b> meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Beihilf Bewilligung 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 zurück-zuzahlen, 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:

**Bitte den oberen Bereich auf Seite 1 vollständig ausfüllen und sämtliche Rezepte / Rechnungen auf Seite 2 / 3 eintragen!**