

Angaben zum Antragsteller:				Personalnummer (bitte stets angeben):				
Name:								
Vorname:				Eingangsstempel				
Geburtsdatum:								
Thüringer Landesfinanzdirektion Beihilfestelle Am Burgblick 23 07646 Stadtroda				Antrag auf Beihilfe				
				Ich bitte um Zusendung folgender Formulare: (Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen!)				
				<input type="checkbox"/> Kurzantrag auf Beihilfe für allgemeine Aufwendungen				
				<input type="checkbox"/> Antrag auf Beihilfe für allgemeine Aufwendungen				
				<input type="checkbox"/> Antrag auf Beihilfe – mit Pflege – für allgemeine Aufwendungen <u>und</u> Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit				
Bei erstmaliger Antragstellung oder auf Verlangen der Beihilfestelle ist der Antrag vollständig auszufüllen bzw. <input checked="" type="checkbox"/> anzukreuzen! Bitte fügen Sie dem Antrag ein Ergänzungsblatt bei, falls der im Antrag vorgesehene Platz für die erforderlichen Angaben nicht ausreicht.								
Anzahl der beigefügten Belege:				Telefon privat: freiwillige Angabe				
Antragssumme:		€		E-Mail privat: freiwillige Angabe				
1	Haben sich Änderungen bei den Angaben zu Nummern 2 bis 5 gegenüber Ihrem letzten 1 Antrag ergeben?							
<input type="checkbox"/> ja , bei Nummer(n): Nr. 2 <input type="checkbox"/> Nr. 3 <input type="checkbox"/> Nr. 4 <input type="checkbox"/> Nr. 5 <input type="checkbox"/> (Im Antrag sind Fragen bzw. Angaben der angekreuzten Nummern zu beantworten bzw. <input checked="" type="checkbox"/> anzukreuzen.)							<input type="checkbox"/> nein , dann weiter bei Nr. 6	
2	Krankenversicherungsschutz: (Bei erster Antragstellung und bei Änderungen – nicht Beitragsanpassung – bitte Nachweise vorlegen)							
2.1		Angaben zum Krankenversicherungsschutz						
(bei Kindern Vorname angeben)		privat	pflicht-	gesetzlich freiwillig- versichert		familien-	Zusatz- versicherung*)	kein KV- Schutz
Antragsteller		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ehegatte/in / Lebenspartner/in		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>		<input type="checkbox"/>
2. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>		<input type="checkbox"/>
4. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
*) Arten der Zusatzversicherung: z. B. Ergänzungstarife zur gesetzlichen Krankenversicherung (ET-GKV), nicht anzugeben sind Krankenhaustagegeld- und Pflegezusatzversicherungen.								
2.2	Besteht für die geltend gemachten Aufwendungen Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung, z.B. Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz usw.? (Belege bitte kennzeichnen <u>und</u> Nachweis beifügen)							
<input type="checkbox"/> ja , bei folgenden Personen:							<input type="checkbox"/> nein	

3	Angaben zur Antragstellerin/zum Antragsteller:				
3.1	Besteht für Sie oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine anderweitige Beihilfeberechtigung?				
<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein		
Name, Vorname		Anspruch	Gegenüber wem? Ab wann?		
		<input type="checkbox"/> aufgrund des Erhalts von Versorgungsbezügen			
		<input type="checkbox"/> aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst, bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen usw.			
		<input type="checkbox"/> aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses			
		<input type="checkbox"/> als Arbeitnehmer			
		<input type="checkbox"/> als Beamter			
3.2	Sind Sie oder Ihr berücksichtigungsfähiger Ehegatte/in oder Lebenspartner/in ohne Bezüge beurlaubt?				
<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____			<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> Elternzeit					
<input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben): _____					
4	Sofern Aufwendungen für den/die Ehegatte/in oder den/die Lebenspartner/in (als Lebenspartner gelten nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz nur eingetragene Lebenspartner/innen) mit diesem Antrag geltend gemacht werden:				
Vorname und ggf. abweichender Familienname					
Unterschreitet der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 und 5a EStG) der/des Ehegattin/en bzw. der/des Lebenspartnerin/s den Betrag von 18.000 Euro?					
<input type="checkbox"/> ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung; der Steuerbescheid			<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> ist beigelegt	
<input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr			<input type="checkbox"/> nein		
5	Angaben zu Kindern, die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind: (Bitte alle Kinder angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen geltend gemacht werden)				
Vorname (ggf. abweichender Familienname)		Geburtsdatum	bei Kindern in Berufsausbildung bzw. Studium		
			Art der Ausbildung	Beginn	voraussichtl. Ende
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
5.1	Haben Kinder eine eigene Beihilfeberechtigung?				
<input type="checkbox"/> ja, Kind: _____ bei _____			<input type="checkbox"/> nein		
ab / vom _____ bis _____					
5.2	Ist ein Kind bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig?				
<input type="checkbox"/> ja, Kind: _____ bei _____			<input type="checkbox"/> nein		
ab / vom _____ bis _____					

5.3	Hat ein über 18-jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen?	
<input type="checkbox"/>	ja, Kind: _____ ab / vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein
6	Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit (als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut u.s.w.) eines nahen Angehörigen (Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Eltern, Kinder der behandelten Person) geltend gemacht? (Belege bitte kennzeichnen <u>und</u> Nachweis über die entstandenen Sachkosten beifügen)	
<input type="checkbox"/>	ja, Name der behandelnden Person: _____	<input type="checkbox"/> nein
7	Werden Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind, geltend gemacht? (Belege bitte kennzeichnen <u>und</u> Nachweis – Versicherungsschein über Ausschluss usw. – beifügen)	
<input type="checkbox"/>	ja, für folgende Personen: _____	<input type="checkbox"/> nein
8	Werden Leistungen einer Auslandskranken- bzw. Rücktransportversicherung in Anspruch genommen? (Belege bitte kennzeichnen <u>und</u> Versicherungsansprüche nachweisen)	
<input type="checkbox"/>	ja, für folgende Personen: _____	<input type="checkbox"/> nein
9	Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder anderen schädigenden Ereignis?	
<input type="checkbox"/>	ja, die Unfallangaben <input type="checkbox"/> liegen vor <input type="checkbox"/> liegen noch nicht vor, dann weiter bei Nummer 9.1 (Die betreffenden Belege bitte mit „U“ kennzeichnen)	<input type="checkbox"/> nein
9.1	Um welchen Unfall oder anderes schädigendes Ereignis handelt es sich?	
<input type="checkbox"/>	Dienstunfall	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall
<input type="checkbox"/>	sonstiger Unfall *)	<input type="checkbox"/> Schulunfall
		<input type="checkbox"/> anderes Schadensereignis**)
	Datum des Unfalls: _____	
	*) sonstige Unfälle: z.B. Verkehrsunfall, Sportunfall, Unfall im häuslichen Bereich, Kindertageseinrichtung, Universität **) andere Schadensereignisse sind z.B. Berufskrankheiten	
	Unfallschilderung (ggf. Beiblatt beifügen):	
9.2	Kommt für die unfall- / schadensbedingten Aufwendungen ein Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Schadenersatz in Betracht? (Zu den Ansprüchen auf Kostenerstattung gehören auch Ansprüche z.B. gegen Schulträger, Sportvereine.)	
	Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Erstattungspflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer:	

10	Auszahlung der Beihilfe / Kontodaten Die Überweisung der Beihilfe erfolgt im Bereich des Landes auf das Bezügekonto. Die folgenden Angaben sind daher nur bei den von der Beihilfestelle zugelassenen, besonders begründeten Ausnahmefällen erforderlich.	
Liegt ein von der Beihilfestelle zugelassener besonderer Ausnahmefall vor?		
<input type="checkbox"/> ja, die Überweisung der Beihilfe soll auf das nachstehende Konto erfolgen:		<input type="checkbox"/> nein
BIC:		
IBAN:	D E	
Kontoinhaber/in (Name, Vorname) _____		
Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechtigung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt. Nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich sofort der Beihilfestelle anzeigen.		
Ort, Datum	Unterschrift	
15.01.2018		
Bei Bevollmächtigung: <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt bei		
Hinweise: Wenn Sie den Antrag mit dem Postdienstleister zusenden, frankieren Sie diesen Brief bitte ausreichend. Nicht oder nicht ausreichend frankierte Postsendungen können nicht angenommen werden. Nach § 19 Abs. 3 Thüringer Datenschutzgesetz: Die Angaben im Antrag auf Beihilfe sind für die Festsetzung der Beihilfe erforderlich.		

Angaben zum Antragsteller:		Personalnummer (bitte stets angeben):					
Name:							
Vorname:		Antrag vom:					

Zusammenstellung der Aufwendungen zum Antrag auf Beihilfe

Bitte die Belege nach Personen und Art der Leistung sortiert eintragen. Die Spalten Ehegatte/in bzw. Lebenspartner/in sowie Kinder können bei Bedarf auch für die Aufwendungen anderer Personen mitgenutzt werden.

Beleg-Nr.	Datum der Rechnung	Art der Leistung ärztl. Behandlung = Ä , zahnärztl. Behandlung = Z , Fahrtkosten = F , Heilmittel = H , Hilfsmittel = HM , Krankenhaus = KH , Rezept = R , Sonstige = S	Rechnungsbetrag Euro, Cent	Kostenerstattung von anderer Seite, falls kein Prozenttarif Euro, Cent
-----------	--------------------	--	-----------------------------------	---

Antragsteller/in:

Ehegatte/in bzw. Lebenspartner/in:

Kinder:

Summe der Rechnungsbeträge:				
------------------------------------	--	--	--	--

zentraler Thüringer Formularpool

© FormLAB Gesellschaft für Prozessautomatisierung mbH
THUERBHV-002-TH-FL - Antrag auf Beihilfe allgemein - 11/2013