

# Antrag auf Beihilfe in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen sowie zur Gesundheitsvorsorge

Dieser Antrag ist auch im Internet abrufbar: <http://www.lbv.bwl.de>

Antragsteller: Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung	Geburtsdatum	Vorwahl / Telefon
--	--------------	-------------------

Landesamt für Besoldung und  
Versorgung Baden-Württemberg  
70730 Fellbach

**Personalnummer**

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

**Antragsdatum**

T T. M M. J J

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

**Summe der geltend gemachten Aufwendungen**

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

Euro, Cent

Ich **versichere**, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich auch nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sowie weitere Kostenerstattungen sofort der Beihilfestelle schriftlich anzuzeigen habe. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

**Unterschrift**

Bei **erstmaliger** Antragstellung: bitte **alle** Fragen 1 bis 6 beantworten!  
 Bei **wiederholter** Antragstellung:  
 Haben sich Änderungen bei den Fragen **1 bis 6** gegenüber den Angaben im letzten Antrag auf Beihilfe ergeben?  
 nein  ja folgende Änderung unter **1 bis 6**

**Bitte Fragen 7 bis 9 – sofern zutreffend – und Frage 10 stets beantworten.**

**1** Haben Sie, Ihr Ehegatte und im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder einen Anspruch auf:

a) **Heilfürsorge** nach Beamten- oder Soldatenrecht ? (Polizei- und Feuerwehrbeamte, Soldaten)?  nein  ja (Bitte Nachweis oder Bescheid beifügen)

b) **Krankenhilfe**, z.B. nach Bundesversorgung-, Opferentschädigungs-, Entwicklungshelfergesetz ?  nein  ja (Bitte Nachweis oder Bescheid beifügen)

**2 Krankenversicherungsschutz**

Personen (geben Sie bei Kindern bitte den Vornamen an)	Private Versicherung Fügen Sie beim <u>Erstantrag und bei Änderungen</u> einen Nachweis über Art und Umfang bei.					Gesetzliche Krankenkasse Bitte kreuzen Sie die Art der Mitgliedschaft an und fügen Sie Nachweise bei.			Dieser Versicherungs- schutz besteht seit:		Nicht versichert	
	ambulant %	Prozenttarife stationär %		Zahnkosten %	Standard-tarif / Basis-tarif	Zusatz-tarif 1)	pflicht-versichert	freiwillig versichert	familien-versichert über welche Person A   E	Monat		Jahr
Antragsteller (A)									-			
Ehegatte (E)									-			
Kind												
Kind												
Kind												
Kind												

1) Hierunter fallen: Pflegekostenversicherung (PfK), Ergänzungstarife für Zahn- und ambulante Kosten, Wahlleistungen im Krankenhaus, Auslands-(Reise-)versicherungen (AR) o.ä. Das Bestehen einer **Auslands-(Reise-)versicherung** ist immer dann anzugeben, wenn Auslandsaufwendungen geltend gemacht werden. Nicht anzugeben sind Tagegeldversicherungen (Pflegefalltagegeldversicherung, Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeldversicherung).

**3** Zur Feststellung Ihres persönlichen Bemessungssatzes: (gilt nicht für Versorgungsempfänger)  
 Sind bzw. waren bei Ihnen mindestens drei Kinder gleichzeitig oder zwei Kinder gleichzeitig und ein weiteres Kind früher oder später im Familien-, Orts- oder Sozialzuschlag berücksichtigungsfähig?  nein  ja  
 Falls ja: Legen Sie bitte Kopien der Geburtsurkunden bei, sofern noch nicht geschehen.

**weitere Angaben auf Seite 2**

<b>4</b>	Waren <b>Angehörige</b> in dem Zeitraum, in dem die geltend gemachten Aufwendungen entstanden sind, <b>berufstätig oder in Berufsausbildung?</b> <span style="float:right;"><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</span>																				
	Wer?	tätig von – bis	Arbeitgeb. bzw. Beschäft.-/ Ausbildungsstelle	Voll- beschäft.	Teilzeit- beschäft. mit Anzahl <b>Wochenstd.</b>																
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
<b>5</b>	Haben Sie oder Ihre Angehörigen eine <b>weitere eigene Beihilfeberechtigung?</b> <span style="float:right;"><input type="checkbox"/> nein</span>																				
	<input type="checkbox"/> ja, aufgrund einer beamtenrechtlichen Versorgung		wer: _____																		
	<input type="checkbox"/> ja, aufgrund eines Dienstverhältnisses im öffentlichen Dienst als Beamter oder Richter		wer: _____																		
	<input type="checkbox"/> ja, aufgrund eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses (z.B. als Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst)		wer: _____																		
	<input type="checkbox"/> ja, aufgrund eines Abgeordnetenmandats		wer: _____																		
	gegenüber wem:		seit: _____																		
<b>6</b>	Sind Kinder bei einem <b>anderen</b> Beihilfeberechtigten (z.B. bei dem anderen auch beihilfeberechtigten Elternteil) ebenfalls berücksichtigungsfähig? <span style="float:right;"><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</span>																				
	Name des Kindes _____																				
	Bei wem (z.B. Dienstherr, Arbeitgeber usw.) _____																				
	Rechtsverhältnis des <b>anderen</b> Beihilfeberechtigten: <input type="checkbox"/> Beamter, Richter <input type="checkbox"/> Angestellter, Arbeiter																				
	<input type="checkbox"/> Abgeordnetenmandat <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger <input type="checkbox"/> anderes Rechtsverhältnis																				
<b>7</b>	<p><b>Nur ausfüllen</b>, wenn Aufwendungen für den <b>Ehegatten</b> geltend gemacht werden</p> <p><b>Geburtsdatum:</b> _____</p> <p><b>Abweichender Familienname:</b> _____</p>	<p>Überstieg der <b>Gesamtbetrag der Einkünfte</b> (§ 2 Abs. 3 Einkommenssteuergesetz) Ihres Ehegatten</p> <p>- im <b>letzten</b> Kalenderjahr den Betrag von 18.000 EUR? <span style="float:right;"><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</span></p> <p>- im <b>vorletzten</b> Kalenderjahr den Betrag von 18.000 EUR? <span style="float:right;"><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</span></p> <p>Werden die Einkünfte im <b>laufenden</b> Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja überschreiten?</p> <p>Falls die Einkünfte nur im laufenden Kalenderjahr den Betrag von 18.000 EUR voraussichtlich nicht übersteigen werden, bitte eine Begründung auf einem besonderen Blatt beifügen.</p>																			
<b>8</b>	<p><b>Nur ausfüllen bei Verletzungen infolge Unfällen</b>, anderen schädigenden Ereignissen oder wenn ein Schadenersatz durch Dritte in Frage kommt.</p> <p><b>Belege bitte stets in Spalte 7 (Seite 3,4) ankreuzen</b></p> <p><b>Bitte immer Sachverhaltsschilderung auf gesondertem Blatt beifügen</b></p>	<p>Die geltend gemachten <b>unfallbedingten</b> Aufwendungen lt. Spalte 7 (Seite 3, 4) sind entstanden durch:</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%; text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width:25%;">einen Unfall im <b>privaten</b> Bereich</td> <td style="width:15%; text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width:25%;">einen <b>Sportunfall</b></td> <td style="width:15%; text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width:20%;">einen <b>Dienstunfall</b></td> <td style="width:15%; text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width:20%;">einen <b>Arbeitsunfall</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td>einen <b>Schulunfall</b></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td>einen <b>Kinder-gartenunfall</b></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td>ein <b>anderes</b> schädigendes Ereignis</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung (z.B. auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder beamtenrechtlichen Unfallfürsorge) <span style="float:right;"><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</span></p> <p>Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht? <span style="float:right;"><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</span></p> <p><b>Hinweis:</b> Auch in Schadenersatzfällen wird Beihilfe gewährt, wenn die Ersatzansprüche an den Dienstherrn übergehen.</p> <p>Name, Anschrift und Aktenzeichen des Ersatzpflichtigen/Kostenträgers: _____</p> <p>Sachverhaltsschilderung liegt bereits vor <span style="float:right;"><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</span></p>				<input type="checkbox"/>	einen Unfall im <b>privaten</b> Bereich	<input type="checkbox"/>	einen <b>Sportunfall</b>	<input type="checkbox"/>	einen <b>Dienstunfall</b>	<input type="checkbox"/>	einen <b>Arbeitsunfall</b>	<input type="checkbox"/>	einen <b>Schulunfall</b>	<input type="checkbox"/>	einen <b>Kinder-gartenunfall</b>	<input type="checkbox"/>	ein <b>anderes</b> schädigendes Ereignis		
<input type="checkbox"/>	einen Unfall im <b>privaten</b> Bereich	<input type="checkbox"/>	einen <b>Sportunfall</b>	<input type="checkbox"/>	einen <b>Dienstunfall</b>	<input type="checkbox"/>	einen <b>Arbeitsunfall</b>														
<input type="checkbox"/>	einen <b>Schulunfall</b>	<input type="checkbox"/>	einen <b>Kinder-gartenunfall</b>	<input type="checkbox"/>	ein <b>anderes</b> schädigendes Ereignis																
<b>9</b>	<p><b>Nur ausfüllen</b>, wenn die Behandlungen durch einen nahen Angehörigen des Behandelten erfolgten.</p>	<p>Um welche Aufwendungen handelt es sich? – <b>Beleg-Nr.:</b> _____</p> <p><b>(Nahe Angehörige</b> sind: Ehegatten, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen - § 5 Abs. 4 Nr. 6 BVO -)</p>																			
<b>10</b>	<p>Ich bin/meine Angehörigen sind damit einverstanden, dass die Beihilfestelle notwendige telefonische Auskünfte über Belege</p> <p>a) bei der zuständigen <b>Krankenversicherung</b> oder einem anderen Kostenträger einholen kann</p> <p>b) bei dem <b>Behandler</b> oder <b>Rechnungsaussteller</b> einholen kann:</p>	des Antragstellers		des Angehörigen																	
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																



