



Antrag auf Beihilfe

BA-Service-Haus Beihilfe 90327 Nürnberg	Eingangsstempel	Personalnummer	Dienststellen-Nr. /
	Name, Vorname der/des Beihilfeberechtigten		
	geboren am	Tel./Hausruf (für evtl. Rückfragen)	
	Wohnanschrift (nur bei Erstantrag oder Änderung)		
	<input type="checkbox"/> verheiratet / <input type="checkbox"/> geschieden / <input type="checkbox"/> verwitwet seit:		
	<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> In-Sich-Beurlaubung <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger		<input type="checkbox"/> auf Widerruf <input type="checkbox"/> Arbeitsvertrag West <input type="checkbox"/> Arbeitsvertrag Ost
Name, Vorname der Ehegattin/des Ehegatten (nur bei Erstantrag oder Änderung)		geboren am	

Für aktiv Bedienstete:

<input type="checkbox"/> Ich bin Mitarbeiter/in im Rechtskreis des SGB III*	Erläuterung: Zum Rechtskreis des SGB III gehören Mitarbeiter/innen folgender Dienststellen bzw. Teile von Dienststellen Agenturen für Arbeit / ZAV / FBA / Familienkasse / HdBA / IAB / IT-SYS / BA-SH Aufgabenbereiche im Rechtskreis des SGB III in einer Regionaldirektion oder in der Zentrale
<input type="checkbox"/> Ich bin Mitarbeiter/in im Rechtskreis des SGB II*	Erläuterung: Zum Rechtskreis des SGB II gehören Mitarbeiter/innen folgender Dienststellen, Teile von Dienststellen bzw. einzelne Dienstposten/Tätigkeiten: Arbeitsgemeinschaften Aufgabenbereich SGB II in einer Agentur mit getrennter Aufgabenwahrnehmung Bereiche Führungsunterstützung in einer AA Geschäftsführer/in bzw. Bevollmächtigte Grundsicherung einschl. Assistentkraft in einer RD Bereichsleiter Programmberatung und Programmberater SGB II in einer RD Regionalberater (Führungsunterstützung) im SGB II in einer RD Bereich Interne Beratung /dezentrales KRM SGB II in einer RD Aufgabenbereiche SP II (ohne SP II 3) bzw. SU II der Zentrale

**Maßgeblich für die Zuordnung ist der am Tag der Antragstellung – auch ggf. im Rahmen einer Abordnung – übertragene Dienstposten*

Bei erstmaliger Antragstellung sind alle Fragen vollständig zu beantworten

1. Beschäftigung

Dienststelle	in der BA bzw. Versorgungsempfänger/in seit	befristet beschäftigt, von/bis	keine Änderungen <input type="checkbox"/>
Teilzeitbeschäftigt, auch Altersteilzeit, von/bis	Wochenstunden	von/bis	
			<input type="checkbox"/> Erziehungsurlaub bzw. Elternzeit <input type="checkbox"/> Beurlaubung gem. § 92 Abs. 1 Nr. 2 BGG <input type="checkbox"/> Beurlaubung ohne Bezüge gem. § _____ <input type="checkbox"/> Sonstige Beurlaubung gem. § _____

2. Kinder, die im Familien-/Orts-/Sozialzuschlag* berücksichtigungsfähig sind

Vorname des Kindes	geboren am	Ich beziehe den Familien-, Orts- bzw. Sozialzuschlag*		<input type="checkbox"/>
1.		nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> ab	
2.		nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> ab	
3.		nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> ab	
4.		nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> ab	
<input type="checkbox"/> Wiedergewährung* für Kind _____ ab _____		nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> ab	
<input type="checkbox"/> Wegfall für Kind _____ ab _____		*) Bei Änderungen bitte Nachweis beifügen.		

3.1 Krankenversicherung (*bei erster Antragstellung od. Änderung bitte Versicherungsschein bzw. sonst. Nachweise vorlegen)

<input type="checkbox"/> keine Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> private Krankenversicherung *)	gesetzliche Krankenversicherung in der Krankenkasse			<input type="checkbox"/> freie Heilfürsorge, Krankenhilfe usw. *)	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig vers.	<input type="checkbox"/> familienvers.		
wer? / ab wann?	wer? / ab wann?	wer? / ab wann?	wer? / ab wann?	wer? / bei wem? / ab wann?	wer? / ab wann?	

keine Änderung

3.2 Zuschüsse zu den Krankenversicherungsbeiträgen (als Rentner/in oder Arbeitnehmer/in)

Wer erhält den Zuschuss?	Welche Stelle zahlt den Zuschuss?	ab wann?	aktuelle monatliche Höhe EUR: _____	<input type="checkbox"/>
--------------------------	-----------------------------------	----------	---	--------------------------

4. Sind Angehörige (z.B. Ehegatte oder Kinder) oder Sie *anderweitig* beihilfeberechtigt?

<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, wer?	bei welcher Dienststelle?	als	<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in <input type="checkbox"/> Abgeordnete/r	seit wann?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja						

5. Bei Aufwendungen für den Ehegatten

Übersteigen die Einkünfte des Ehegatten/der Ehegattin im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe den Betrag von 17.000 EUR (§ 2 Abs. 3 EstG)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	- wenn ja, wird dies auch im laufenden Kalenderjahr der Fall sein? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
Der Gesamtbetrag der Einkünfte ist durch Vorlage einer Ablichtung des betreffenden Steuerbescheides nachzuweisen.		

Werden Aufwendungen geltend gemacht ...?

nein

6. ... für die ein Kostenersatzanspruch oder Schadensersatzanspruch aufgrund eines Unfalls/sonstigen schädigenden Ereignis besteht?

(Zu den Ansprüchen auf Kostenerstattung gehören auch Ansprüche z. B. gegen Schulträger, Sportverein)	<input type="checkbox"/> ja, gegen _____ Beleg-Nr.: _____	<input type="checkbox"/>
Beachte: Aufwendungen die im Zusammenhang mit einem Dienstunfall stehen, sind mit Vordruck Antrag Kosten des Heilverfahrens/Sachschaden geltend zu machen.		

7. ... für die persönl. Tätigkeit naher Angehöriger [als Arzt, Zahnarzt, Masseur, Heilpraktiker usw.? (Beihilfefähig sind die nachgewiesenen Sachkosten – keine Praxiskosten)]

wenn ja, betroffene Belege	Verwandtschaftsgrad des Behandlers zur behandelten Person	<input type="checkbox"/>
----------------------------	---	--------------------------

8. ... für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind?

wenn ja, betroffene Belege	=> Nachweise (z.B. Versicherungsschein mit Ausschluss) sind beigefügt, sofern sie nicht bereits vorliegen.	<input type="checkbox"/>
----------------------------	---	--------------------------

9. ... für häusliche Pflege? Bewilligung der Pflegeversicherung m. (geänd.) Pflegestufe liegt vor liegt bei

<input type="checkbox"/> ja, Name der/des Pflegebedürftigen	Name der Pflegeperson	Verwandtschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/>
Pflegegeld wird beantragt für die Zeit vom/bis _____	Wurde die Pflege in diesem Zeitraum unterbrochen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wenn ja, wann? _____	
	Grund? _____		

10. Der/die Beihilfeberechtigte ist verstorben

wenn ja, Todestag: _____

nein

11. Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten

<input type="checkbox"/> ja, Betrag EUR: _____	am _____	<input type="checkbox"/>
---	----------	--------------------------

12. Die Bankverbindung für die Überweisung der Beihilfe hat sich geändert

<input type="checkbox"/> ja, neue Konto-Nr.: _____	ggf. andere/r Kontoinhaber/in: _____	<input type="checkbox"/>
Bankleitzahl: _____		

Nur für aktive Beschäftigte

<input type="checkbox"/> der Beihilfebescheid soll an die Wohnanschrift gesandt werden wegen:	wegen	<input type="checkbox"/> Beurlaubung / langfristiger Erkrankung <input type="checkbox"/> Altersteilzeit (Freistellungsphase) <input type="checkbox"/> hauptsächlich außerhalb der Dienststelle tätig
---	-------	--

Anzahl der eingereichten Rechnungsbelege und Rezepte:	Gesamtbetrag der geltend gemachten Aufwendungen
Antragsteller/in _____	EUR: _____
Ehegattin/Ehegatte _____	
Kinder _____	

Erklärung:

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeabrechnung sind. Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigefügt. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, nachträgliche Ermäßigungen, Preisnachlässe oder Kostenerstattungen für die geltend gemachten Aufwendungen der Festsetzungsstelle anzuzeigen. Ich bestätige durch Namenszeichen auf jeder Kopie die Übereinstimmung der beigefügten Kopien mit dem Original. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt. Ich bin damit einverstanden, dass die von mir mitgeteilten persönlichen Daten ausschließlich für Beihilfzwecke elektronisch gespeichert und weiter verarbeitet werden.

Ort, Datum	Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten oder der/des Bevollmächtigten
------------	---