

Antrag auf Beihilfe in Krankheits-, Geburts- und sonstigen Fällen

Dieser Antrag steht auch unter www.berlin.de/landesverwaltungsamt/beihilfe/formulare-merkblaetter/allgemeine-informationsblaetter-und-antraege/ zur Verfügung.

Hinweise:

- Bitte keine Originale einreichen. Eine Rücksendung der Belege erfolgt nicht. Unterlagen bitte nicht klammern, heften oder kleben.
- Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum beantragt wird.
- Für Pflegeleistungen bitte den „Antrag auf Beihilfe für Pflegeleistungen“ verwenden.**
- Lebenspartner/innen sind Personen, die eine Partnerschaft auf Lebenszeit nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz begründet haben.

| | | |
|---|--------------|-----------------------------|
| beihilfeberechtigte Person: Name, Vorname | Geburtsdatum | Telefon (Angabe freiwillig) |
| E-Mail (Angabe freiwillig) | | |
| Dienst-/ Wohnanschrift | | |

Landesverwaltungsamt Berlin

Zentrale Beihilfestelle – VB B

10702 Berlin

Personalkennzeichen

Antragsdatum

 (TT.MM.JJ)


Summe der geltend gemachten Aufwendungen

 Euro, Cent

Kontoverbindung

| | | | |
|-------------------------------|--|--|--|
| Beihilfe bitte überweisen auf | <input type="checkbox"/> das Gehaltskonto | <input type="checkbox"/> das Beihilfekonto | <input type="checkbox"/> das folgende Konto: |
| IBAN: | D E _____ | | |
| BIC: | _____ | | |
| Kontoinhaber/in: | _____ <input type="checkbox"/> künftig immer als Beihilfekonto nutzen | | |

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 Beihilfestelle anzuzeigen habe. Mir ist auch bekannt, dass ich verpflichtet bin, die Beihilfe für meine/n Ehegatten/in / Lebenspartner/in zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe der 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. Tarifbeschäftigte haben mit einer Kündigung zu rechnen.

| | |
|---|---|
| Unterschrift |  |
| <input type="checkbox"/> Ich stelle den Antrag als Bevollmächtigte/r; die Vollmacht <input type="checkbox"/> liegt vor. <input type="checkbox"/> ist beigelegt. | |

1 Stammdatenblatt

| |
|---|
| Das Stammdatenblatt bitte nur beifügen beim Erstantrag oder bei Änderungen der dort aufgeführten persönlichen Verhältnisse. |
|---|

2 Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für den/die Ehegatten/in, Lebenspartner/in geltend gemacht werden

| | | |
|---|--|--|
| Der Gesamtbetrag der Einkünfte meiner/meines E/LP ¹⁾ beträgt nach § 2 Abs. 3 Einkommenssteuergesetz laut Einkommensteuerbescheid | | |
| a) im vorletzten Kalenderjahr (20____) | <input type="checkbox"/> bis zu 20.000 EUR | <input type="checkbox"/> über 20.000 EUR |
| b) im letzten Kalenderjahr (20____) | <input type="checkbox"/> bis zu 20.000 EUR | <input type="checkbox"/> über 20.000 EUR |
| c) voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr (20____) | <input type="checkbox"/> bis zu 20.000 EUR | <input type="checkbox"/> über 20.000 EUR |
| Der Einkommensteuerbescheid ist der Beihilfestelle jährlich in Kopie zu übersenden. | | |

3 Unfall- und verletzungsbedingte Aufwendungen (bitte auch bei Folgekosten beantworten)

| | |
|---|---|
| Die geltend gemachten unfallbedingten Aufwendungen sind entstanden am _____ | |
| <input type="checkbox"/> durch einen Dienstunfall <input type="checkbox"/> durch einen Arbeitsunfall | Hinweis: Die Aufwendungen sind grundsätzlich nicht berücksichtigungsfähig. Bitte wenden Sie sich an die zuständige Dienststelle. |
| <input type="checkbox"/> durch einen Schulunfall <input type="checkbox"/> durch einen Kindergartenunfall | |
| <input type="checkbox"/> durch einen Unfall im privaten Bereich <input type="checkbox"/> durch einen Sportunfall <input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis | Für die unfallbedingten Aufwendungen besteht ein Anspruch auf Kostenerstattung (z.B. auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder beamtenrechtlichen Unfallfürsorge): <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Es kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Der Unfallfragebogen liegt bereits vor: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

1) Ehegatte/Ehegattin oder Lebenspartner/in

| | |
|---|---------------------|
| beihilfeberechtigte Person: Name, Vorname | Personalkennzeichen |
|---|---------------------|

| |
|--|
| 4 Wurden Behandlungen durch nahe Angehörige durchgeführt? |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, es handelt sich dabei um folgende Beleg-Nr.: _____ Bei der/dem/den nahen Angehörigen handelt es sich um meine/n: _____ _____ |
| <u>Hinweis:</u> Die Aufwendungen für persönliche Behandlungen durch die Ehegattin, den Ehegatten, die eingetragene Lebenspartnerin, den eingetragenen Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder des Behandelten sind nicht beihilfefähig. In diesen Fällen sind nur die tatsächlich entstandenen Sachkosten beihilfefähig (§ 8 Abs.1 Nr. 7 LBhVO) |

| |
|---|
| Einverständniserklärung: Die Beihilfestelle darf zur Festsetzung der Beihilfe notwendige Auskünfte über Rechnungen/Belege einholen a) bei den zuständigen Pflege-/Krankenversicherungen bzw. anderen Kostenträgern <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein b) bei den Behandlern bzw. Rechnungsausstellern <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Die Einwilligungen sind freiwillig. Eine fehlende Einwilligung kann zu Verzögerungen in der Beihilfebearbeitung führen. |
|---|

Wichtiger Hinweis

Bitte beachten Sie, gesonderte Anfragen an die Beihilfestelle z.B. zu Kostenübernahmen (Heil- und Kostenpläne) oder z.B. Anfragen zur Beihilfefähigkeit einer bestimmten Therapie- oder Behandlungsform mit einem separaten Schreiben – getrennt von Ihrem Antrag - an die Beihilfestelle zu richten.

Diese Anfragen werden in der Beihilfestelle organisatorisch getrennt von den Anträgen bearbeitet.

Sie unterstützen damit eine zeitnahe Bearbeitung Ihrer Anfrage.

Vielen Dank!

| | |
|---|---------------------|
| beihilfeberechtigte Person: Name, Vorname | Personalkennzeichen |
|---|---------------------|

Zusammenstellung der Aufwendungen

Bitte beachten Sie:

- Wenn Sie Aufwendungen für **mehrere** Personen geltend machen, tragen Sie die Belege bitte **nach Personen geordnet** ein: **Antragsteller/in, Ehegattin/Ehegatte, Lebenspartner/in, Kinder.**
- Werden Aufwendungen für die Ehegattin/den Ehegatten oder die/den Lebenspartner/in geltend gemacht, sind immer Angaben zu dessen Einkünften erforderlich (S. 1, Nr. 2).
- In die Spalte 6 (Kostenerstattung von anderer Seite) sind auch Erstattungen aus Zusatzversicherungen einzutragen. Das Bestehen einer **Auslands-(Reise-) versicherung** ist immer dann anzugeben, wenn Auslandsaufwendungen geltend gemacht werden. Bitte kennzeichnen Sie alle Belege aus dem Ausland. Bei Belegen in Fremdwährung geben Sie bitte den in Euro umgerechneten Rechnungsbetrag an. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung nachweislich nach einem **Vomhundertsatz (Prozenttarif)** bemessen werden, ist **kein** Einzelnachweis und **kein** Eintrag in der Spalte 6 erforderlich
- Bitte tragen Sie jede Rechnung einzeln ein und beachten Sie dabei, dass die Belege nicht zurückgegeben werden. Reichen Sie deshalb **keine Originale** ein.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--------------|---|---------------------------------|--|---------------------------------------|--|---|
| Beleg Nr. | Aufwendungen für A=Antragsteller/in E/LP= Ehegatte/in Lebenspartner/in bei Kindern Vorname | Datum der Rechnung, des Rezepts | Art der Aufwendung (z.B. ärztl. Behandlg. ambulant/ stationär, zahnärztl. Behandlung, Medikamente, Krankenhaus, Heilpraktiker, Hilfsmittel, Vorsorge, Heilkur, Sanatorium, psychotherapeutische Behandlg., etc.) | Rechnungsbetrag EUR, Ct | Kostenerstattung von anderer Seite EUR, Ct | Unfallbedingte Aufwendungen (s. Frage 3) Datum des Unfalls |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Summe | | | | | | |