

Stammdatenblatt zum Antrag auf Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen (Stammdatenblatt)

Einleitung zu den neuen Antragsvordrucken in der Beihilfe ab Mai 2015 - Übersicht -

Ab dem 15.05.2015 stellt die Beihilfestelle neue Antragsformulare zur Verfügung. Diese gliedern sich zukünftig in die drei folgenden Vordrucke:

- 1. Stammdaten**
Zur Mitteilung von Änderungen bei den pers. Verhältnissen
- 2. Beihilfeantrag**
Zur Geltendmachung aller Aufwendungen aus dem Bereich der Krankenversicherung (z.B. ärztl. Leistungen, Medikamente, Physio, Zahnarzt, Krankenhaus, Reha, Hilfsmittel)
- 3. Pflegeantrag**
Zur Geltendmachung aller Aufwendungen aus dem Bereich der Pflegeleistungen (z.B. Heim, Pflegedienst, Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel)

Mit dem **Stammdatenblatt** teilen Sie der Beihilfestelle z.B. Änderungen in Ihrem Krankenversicherungsverhältnis, Ihrem Familienstand oder der Berücksichtigungsfähigkeit Ihrer Kinder mit.

Der allgemeine Beihilfeantrag und der neue Pflegeantrag werden um diese - sich im Regelfall nur selten ändernde - Angaben entlastet.

Ausfüllanleitung zum Beihilfeantrag

Nachfolgend erhalten Sie für die einzelnen Abschnitte des neuen **Stammdatenblattes** eine Hilfestellung für das Ausfüllen:

Allgemeines

Antragsteller: Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon (Angabe freiwillig)
	eMail-Adresse (Angabe freiwillig)	
	Dienst- / Wohnanschrift	
	Personalkennzeichen	
	Datum (TT.MM.JJ)	

Dieses Stammdatenblatt bitte beim Erstantrag vollständig ausfüllen. Bei Änderungen zu den unten aufgeführten persönlichen Verhältnissen bitte die entsprechende/n Frage/n beantworten.

Die Unterschrift und das Datum befinden sich zur besseren Übersicht jetzt auf der ersten Seite des Formulars.

Das Stammdatenblatt ist bei der erstmaligen Beantragung von Beihilfe immer vollständig auszufüllen.

Danach ist es nur zur Mitteilung von Veränderungen zu verwenden.

Bitte tragen Sie Ihr Personalkennzeichen (Personalnummer oder Versorgungsnummer) und das Datum auf der ersten Seite ein.

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.
Mir ist bekannt, dass ich im Falle bewusst unrichtiger oder unvollständiger Angaben strafrechtlich und disziplinarrechtlich verfolgt werde.
Arbeitnehmer haben mit einer Kündigung zu rechnen.

Unterschrift

Bitte unterschreiben Sie das ausgefüllte Stammdatenblatt!

Familienstand

1 Sind Sie verheiratet oder leben Sie in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft?

verheiratet/LP ledig geschieden verwitwet

Bitte teilen Sie Änderungen zu Ihrem Familienstand mit entsprechendem Nachweis Ihrer Personal- oder Pensionsstelle mit.
Es findet keine automatische Übermittlung veränderter Daten durch die Beihilfestelle an die vgl. Dienststellen statt.

Diese Angabe ist für die Beihilfe rein informativ. Die Änderungen werden über die zuständige Personalstelle in das jew. Personalverfahren (i.d.R. in „IPV“) eingearbeitet und an die Beihilfestelle übermittelt.

Bitte geben Sie diese Änderungen daher immer auch Ihrer zuständigen Personalstelle bekannt!

Beihilfeberechtigung

2 Hat Ihr/e Ehegatte/in, Ihr/e Lebenspartner/in eine weitere eigene Beihilfeberechtigung bei einer anderen Beihilfestelle?

nein ja bitte geben Sie uns nähere Erläuterungen zu dem Beihilfeberechtigten

Name des Beihilfeberechtigten:

Zuständige Beihilfestelle:

Eine weitere Beihilfeberechtigung bei Ihrem Angehörigen führt dazu, dass der tatsächliche Beihilfeanspruch festgelegt werden muss.

Bitte geben Sie uns die andere - für Ihren Angehörigen zuständige - Beihilfestelle bekannt.

Beurlaubung / Elternzeit

3 Sind oder waren Sie in den letzten 12 Monaten ohne Dienstbezüge beurlaubt?

nein ja (Bitte entsprechendes Beurlaubungsschreiben in Kopie beifügen)

Zeitraum: von/seit _____ ggf. bis _____ Elternzeit Beurlaubung
von/seit _____ ggf. bis _____ Elternzeit Beurlaubung

Zeiten ohne Dienstbezüge können zur Folge haben, dass kein Anspruch auf Beihilfe besteht.

Bitte geben Sie uns hier die Zeiträume der Beurlaubung/Elternzeit an.

Wegfall von Kindern

4 Ist die Berücksichtigungsfähigkeit für ein Kind weggefallen?

nein ja (Nachweis bitte in Kopie beifügen)

Name des Kindes _____ von/seit _____ ggf. bis _____ Grund: _____
Name des Kindes _____ von/seit _____ ggf. bis _____ Grund: _____
Name des Kindes _____ von/seit _____ ggf. bis _____ Grund: _____

Sobald ein Kind nicht mehr im Familienzuschlag berücksichtigt wird, entfällt der Anspruch auf Beihilfe für das entsprechende Kind.

Achtung!
Evtl. ändert sich Ihr Bemessungssatz.

5 Sind Kinder bei einem anderen Beihilfeberechtigten (z.B. bei dem anderen auch beihilfeberechtigten Elternteil) vorrangig berücksichtigungsfähig?

nein ja Name des Kindes _____ Zuständige Beihilfestelle: _____
Name des Kindes _____ Zuständige Beihilfestelle: _____

Rechtsverhältnis des anderen Elternteils: Beamter, Richter Arbeitnehmer Abgeordnetenmandat
 Versorgungsempfänger anderes Rechtsverhältnis

Der Anspruch auf Beihilfe besteht grundsätzlich bei dem Elternteil, bei dem die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigt werden. Bitte teile Sie uns mit, bei welcher anderen Beihilfestelle das Kind berücksichtigungsfähig ist.

Angaben zur privaten Krankenversicherung

6 Welcher private Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?				Private Versicherung			Selbstbehalt
Personen (Bitte geben Sie ggf. abweichende Familiennamen an)				Bitte fügen Sie beim Erstantrag und bei Änderungen einen Nachweis über Art und Umfang bei (Kopie Ihres Versicherungsscheins).			
Vorname	Familiennamen	Geb.datum	Versicherung besteht seit	Prozenttarife			Euro
				ambulant %	stationär %	Zahn- kosten %	
Antragsteller/in	-	-					
E/LP ²⁾							
Kind							
Kind							
Kind							
Kind							
Kind							

Aufgrund der Versicherungspflicht muss eine Krankenversicherung schriftlich nachgewiesen werden.

Der Nachweis ist ggf. bei der Krankenkasse anzufordern.

Bitte geben Sie an, seit wann die Versicherung jeweils besteht.

Bitte tragen Sie für sich und Ihre Angehörigen die jeweils abgeschlossenen Prozenttarife ein. Sie können diese Angaben im Regelfall dem jeweils aktuellen Versicherungsschein entnehmen.

Bitte geben Sie uns die Höhe eines ggf. vereinbarten Selbstbehalts an.

Hinweis:

Besteht ein solcher Selbstbehalt zur Krankenversicherung, ist immer ein Abrechnungsnachweis der Krankenversicherung mit einzureichen!

Angaben zur gesetzlichen Krankenversicherung

7 Welcher gesetzliche Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?				Gesetzliche Versicherung					
Personen (Bitte geben Sie ggf. abweichende Familiennamen an)				Bitte kreuzen Sie die Art der Mitgliedschaft an und fügen Sie beim Erstantrag und bei Änderungen einen Nachweis über die gesetzliche Versicherung bei.					
Vorname	Familiennamen	Geb.datum	Versicherung besteht seit	pflicht-versichert	freiwillig versichert	familienversichert über welche Person			nicht versichert
						A ¹⁾	E/LP ²⁾	KM/KV ³⁾	
Antragsteller/in	-	-		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	-	<input type="checkbox"/>
E/LP ²⁾				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	<input type="checkbox"/>
Kind				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die gesetzliche Krankenversicherung unterscheidet zwischen einer

- Pflichtversicherung,
- Freiwilligen Versicherung
- Familienversicherung.

Bitte tragen Sie für sich und Ihre Angehörigen das jeweils vorliegende Versicherungsverhältnis in der GKV ein.

Die korrekte Angabe ist entscheidend für die Festsetzung der Beihilfe!

8 Besteht für Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Anspruch auf Heilfürsorge?

nein ja, dann Bitte einen Nachweis beifügen.

Heilfürsorge bedeutet, dass der Dienstherr Ihres Angehörigen die vollständigen Krankheitskosten für diesen übernimmt.

Bitte reichen Sie in diesem Fall einen Nachweis über den Anspruch auf Heilfürsorge ein!

9 Bestehen für Sie oder Ihre Angehörigen Zusatztarife z.B. für Zahn- und ambulante Kosten bei einer Privaten Krankenversicherung?

nein ja, dann Bitte einen Nachweis beifügen.

Zusatzversicherungen sind grundsätzlich bei der Festsetzung von Beihilfe zu berücksichtigen.

Bitte reichen Sie in diesem Fall einen Nachweis über den abgeschlossenen Zusatztarif ein!

Sie haben weitere Fragen?

- Schauen Sie ins Internet:
www.berlin.de/landesverwaltungsamt/beihilfe
- Sie können sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Service-Punkt der Zentralen Beihilfestelle im Landesverwaltungsamt Berlin wenden.
- Sie können uns per E-Mail erreichen:
vbb@lvwa.berlin.de
- Sie können unter Telefonnummer 90139 6060 das Service-Telefon der Beihilfestelle anrufen

Schauen Sie ins **Internet**.

Wenden Sie sich an den **Service Punkt des LVWA**.

Schreiben Sie uns eine **E-Mail**.

Rufen Sie uns an

Stand 05.2015