

Antrag auf Beihilfe

Antragsteller*in Name, Vorname

Geburtsdatum

Personalnummer

E-Mail Adresse

Amtskennziffer

Telefonnummer privat

Telefonnummer dienstlich

Stadtverwaltung Offenbach

Personalamt

BEIHILFESTELLE

Berliner Straße 100

63065 Offenbach am Main

Bitte nach Möglichkeit keine Originalbelege beifügen.

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit der folgenden Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Leistungen (auch solche nach §§ 61 und 62 SGB V), Beitragsrückzahlungen gesetzlicher Krankenkassen, Verkaufserlöse für Hilfsmittel usw., Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen zu den geltend gemachten Aufwendungen sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe. Ich bin verpflichtet, die Beihilfe für meine*n Ehepartner*in und die auf den erhöhten Bemessungssatz entfallende Beihilfe zurückzuzahlen, soweit die Angaben über die Höhe seiner/ihrer Einkünfte nicht zutreffen oder durch nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (z. B. durch Feststellung des Finanzamtes) nicht mehr zutreffen.

Für die nachfolgend aufgeführten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Datum, Unterschrift

Gesamtbetrag
der Aufwendungen
ca.

 , - €

Anzahl der Belege
(Bitte Hinweis Nr. 7 Seite 4
beachten)

Es werden Pflegeaufwendungen nach § 9 HBeihVO geltend gemacht

(Bitte zusätzlich Anlage "Pflege" ausfüllen)

Es werden Sachleistungsaufwendungen nach § 5 Abs. 5 HBeihVO geltend gemacht

(Bitte Hinweis Nr. 5 Seite 4 beachten)

Hat sich Ihre Bankverbindung geändert?

Ja Nein

Bei Änderung der Bankverbindung oder Erstantrag bitte ausfüllen:

BIC

IBAN

Hat sich die Adresse, an welche der Bescheid gesandt werden soll, geändert?

Ja Nein

Abweichende Adresse:

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

1 Angaben zum / zur Beihilfeberechtigten und zur Berücksichtigung von Angehörigen

Sind oder waren Sie, Ihr*e Ehepartner*in bzw. der andere Elternteil oder berücksichtigungsfähige Kinder in den letzten zwölf Monaten vor der Antragstellung

- nicht erwerbstätig
- berufstätig, in (Hoch-)Schul-Berufsausbildung
- freiwilligen Wehrdienst/Freiwilliges soziales Jahr leistend
- arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld oder -hilfe
- in Elternzeit
- Empfänger*in von Versorgungsbezügen oder Renten
- beschäftigt im öffentlichen Dienst

Ja, und zwar folgende Personen:
(bitte auch beantworten, wenn keine Aufwendungen für die Person geltend gemacht werden)

Zum Ausfüllen der Spalte "B" siehe Anmerkungen 6 auf Seite 4.

Name, Vorname	B	von TT.MM.JJJJ	-	bis TT.MM.JJJJ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>

Für folgende Kinder steht mir Kindergeld/Familienzuschlag **nicht** zu:

Es besteht kein Anspruch auf Familienzuschlag

anderer Eltern-teil bezieht Fam.-/ Orts-/ Sozialzuschlag

Wegfall des Kindergeld-anpruchs

rückwirkender Wegfall des Kindergeld-anpruchs

Nachweis ist diesem Antrag beigefügt

Nachweis liegt bereits vor

Name, Vorname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	liegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Krankenversicherungsschutz

Bitte auch ausfüllen, wenn für einzelne der nachstehenden Personen keine Beihilfe beantragt wird:

versicherte Person	Name, Vorname	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ
Person 1	Antragsteller*in	<input type="text"/>
Person 2	Ehepartner*in bzw. anderer Elternteil	<input type="text"/>
Person 3	Kind	<input type="text"/>
Person 4	Kind	<input type="text"/>
Person 5	Kind	<input type="text"/>

Name der Krankenversicherung	privat vers.	freiwillig gesetzlich versichert	pflicht- vers.	familien- vers. bei 1 oder 2	rentnerkranken- vers. - KVdR	nicht vers.
Person 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei einem Wechsel der Krankenversicherung: Bei welcher Person und wann hat dieser stattgefunden?

Name, Vorname	Zeitpunkt TT.MM.JJJJ
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

(z. B. aus Arbeitsvertrag, vom Rentenversicherungsträger, aus Dienstordnungsverhältnis)

Erhalten Sie und / oder Ihr*e Ehepartner*in / Ihr*e Kind*er einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag?

Ja Nein

Name, Vorname

Zuschuss in Euro

 €

Nachweis ist beigefügt

Nachweis liegt bereits vor

Name, Vorname

Zuschuss in Euro

 €

Nachweis ist beigefügt

Nachweis liegt bereits vor

4 Vorrangige Ansprüche auf Leistungen im Krankheitsfall nach anderen Rechtsvorschriften

Bestehen sonstige Ansprüche auf Leistung zu Heilbehandlungskosten (z. B. gesetzliche Krankenversicherung, Unfall-, Heilfürsorge, BVG)?

Ja Nein

Nachweis ist beigefügt

Nachweis liegt bereits vor

5 Nur für Personen mit Rentenanspruch auszufüllen

Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?

Ja Nein

Name, Vorname

TT.MM.JJJJ

am:

6 Angaben zum Gesamtbetrag der Einkünfte des/der Ehepartner*in

Erhielt Ihr*e Ehepartner*in im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) - bitte Anmerkung Nr. 4 beachten - ?

Ja Nein

Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte Ihrer / Ihres Ehepartner*in im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung das Zweifache des steuerlichen Grundfreibetrages nach § 32a Abs.1 EStG?

Ja Nein

Wird diese Einkunftsgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten?

Ja Nein

7 Werden Unfallaufwendungen geltend gemacht?

Ja Nein

Belege, die Unfallaufwendungen enthalten, bitte oben rechts mit einem „U“ kennzeichnen.

Es handelt sich um einen

Dienstunfall

Kita- / Schulunfall

Unfall im privaten Bereich

Arbeitsunfall

Die Unfallschilderung ist beigefügt

Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?

Ja Nein

Name der / des Ersatzpflichtigen (z.B. Versicherung)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

8 Werden Aufwendungen aus den nachfolgend genannten Bereichen geltend gemacht?

Ja Nein

Die Behandlung erfolgte durch einen nahen Angehörigen (Ehepartner*in, Kind oder Elternteil der behandelten Person) Ja

Versicherungsleistungen sind ausgeschlossen worden Ja
 Nachweis ist beigelegt Nachweis liegt bereits vor

Es wurden oder werden Leistungen nach dem Bundes-versorgungsgesetz (BVG) in Anspruch genommen Ja

9 Werden Aufwendungen zu einem Todesfall geltend gemacht?

Ja Nein

Name, Vorname der/des Verstorbenen

In welchem Verwandtschaftsverhältnis standen Sie zu der/dem Verstorbenen?

Todestag
TT.MM.JJJJ

Sind Ihnen aus Anlass der Beisetzung Aufwendungen in Höhe von mindestens 1.200 € entstanden?

Ja Nein

Anmerkungen

1. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungs- bzw. Kaufdatum beantragt wurde. Bei Sachleistungen ist der in der Bescheinigung aufgeführte Behandlungs- bzw. Kauftag entscheidend. Für den Fristablauf ist der Tag des Antrageingangs bei der Beihilfefestsetzungsstelle maßgeblich. Der Bemessungssatz richtet sich nach den Verhältnissen im Zeitpunkt der Antragstellung.
2. Bitte nach Möglichkeit **keine Originalbelege** beifügen! Jeder Beleg (Rezept, Rechnung etc.) ist als separates Blatt einzureichen. Da alle Belege eingescannt werden, bitte nur gut lesbare Kopien beifügen. Belege bitte nicht zusammen "tackern"!
3. Bei Heilbehandlungen und Hilfsmitteln sowie bei Arznei- und Verbandmitteln legen Sie bitte neben der Rechnung die Verordnung der Ärztin / des Arztes bzw. Heilpraktiker*in vor.
4. In- und ausländische Einkünfte im Sinne von § 2 Abs. 3 EStG sind neben dem um die Werbungskosten bzw. den Arbeitnehmer*innen-Pauschbetrag (1.000 €) verminderten Arbeitslohn, der zu versteuernde Anteil von Renten, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus der Land- und Forstwirtschaft, Kapitaleinnahmen (gekürzt um den z. Zt. gültigen Sparerfreibetrag) sowie Einkünfte aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit.
5. Sachleistungsbeihilfe: Erforderlich ist zusätzlich eine Bescheinigung der Krankenversicherung über den monatlichen Krankenversicherungsbeitrag (ohne Pflegeversicherung) für die dem Antragsmonat vorausgegangenen letzten zwölf Kalendermonate.
6. Bitte tragen Sie folgende Abkürzungen ein:

- Nicht erwerbstätig =	NE	- Beschäftigt im öffentlichen Dienst =	öD
- Schulausbildung =	SB	- Hochschulausbildung =	HS
- Elternzeit =	EZ	- Versorgungsempfänger*in =	VE
- Rentenbezieher*in =	RE	- arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld oder -hilfe =	AL
- Berufstätig =	BT	- Wehrdienst/freiwilliges soziales Jahr =	WD/FSJ
7. Als jeweils ein Beleg gelten z. B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung (s. Anmerkung 3) oder Rechnungen über das Zahnarzthonorar und Material- und Laborkosten.