

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:

1. Bitte keine Originale einreichen. Eine Rücksendung der Belege erfolgt nicht. Unterlagen bitte nicht klammern, heften oder kleben.
2. Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum beantragt wird.
3. **Für Pflegeleistungen bitte den „Antrag auf Beihilfe für Pflegeleistungen“ verwenden.**
4. Lebenspartner 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

<input type="checkbox"/> Gehaltskonto	oder <input type="checkbox"/> Sonstige Kontoverbindung	<input type="checkbox"/> Immer als Beihilfekonto nutzen
<input type="checkbox"/> Beihilfekonto		
Kontoinhaber	BIC	

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 meinen Ehegatten / 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. Arbeitnehmer haben mit einer Kündigung zu rechnen.

Unterschrift

Sie stellen als Bevollmächtigte/r einen Antrag Vollmacht liegt vor Vollmacht 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

Wie hoch war der **Gesamtbetrag der Einkünfte** Ihres E/LP¹⁾ nach § 2 Abs. 3 Einkommenssteuergesetz laut **Einkommensteuerbescheid**

- | | | |
|---|--|--|
| - im vorletzten Kalenderjahr (20____) | <input type="checkbox"/> bis zu 17.000 EUR | <input type="checkbox"/> über 17.000 EUR |
| - im letzten Kalenderjahr (20____) | <input type="checkbox"/> bis zu 17.000 EUR | <input type="checkbox"/> über 17.000 EUR |
| - voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr (20____) | <input type="checkbox"/> bis zu 17.000 EUR | <input type="checkbox"/> über 17.000 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 _____ durch:

- einen **Dienstunfall** einen **Arbeitsunfall**

Die Aufwendungen sind grundsätzlich nicht berücksichtigungsfähig. Bitte wenden Sie sich an die zuständige Dienststelle.

- einen **Schulunfall** einen **Kindergartenunfall**

Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung (z.B. auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder beamtenrechtlichen Unfallfürsorge)? nein ja

- einen Unfall im **privaten** Bereich einen **Sportunfall** ein **anderes** schädigendes Ereignis

Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? nein ja

Liegt der Unfallfragebogen bereits vor? nein ja

1) Ehegatte/Ehegattin oder Lebenspartner/in

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

4 Wurden Behandlungen durch einen nahen Angehörigen durchgeführt?

nein Ja, geben Sie bitte an, um welche Belege es sich handelt: _____

Beim nahen Angehörigen handelt es sich um meine/n: _____

Hinweis:

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 (1) Nr. 6 LBhVO)

Einverständniserklärung:

Die Beihilfestelle darf zur Festsetzung der Beihilfe notwendige telefonische Auskünfte über Rechnungen/Belege einholen

a bei der zuständigen **Pflege-/Krankenversicherung** oder einem anderen Kostenträger ja nein

b bei dem **Behandler** oder Rechnungsaussteller ja 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).
- Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die geltend gemachten Aufwendungen den Betrag von 200 Euro übersteigen. 8 Wochen vor Ablauf der Jahresfrist können Sie Aufwendungen, die geringer als 200 Euro sind, geltend machen.
- 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						