|  |  |
| --- | --- |
| An *STADT AMBERG* Marktplatz 11 92224 Amberg | Eingangsstempel |

**Antrag auf Beihilfe,**

**Pflege- und allgemeine Aufwendungen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | Name:      Vorname:       | Straße:      PLZ, Ort:       |
| Geburtsdatum | [ ]  led. | [ ]  verh. | [ ]  gesch. | [ ]  verw. | Referat/Amt | [ ]  Versorgungsempfänger |
|       | Änderungsdatum:       |       | seit:       |
| [ ]  vollbeschäftigtseit:       | [ ]  teilzeitbeschäftigtseit:       | Zeitanteil (z. B. 19,5/39,0):      |
| Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet? [ ]  ja, vom       bis       | [ ]  nein |
| Sind Sie ohne Bezüge beurlaubt?[ ]  ja, vom       bis      [ ]  Elternzeit [ ]  sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben) | [ ]  nein |
| Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?[ ]  ja, vom       bis       als:      bei:       Zeitanteil:       | [ ]  nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2** | Vorname **der Ehegattin/des Ehegatten** bzw. **der Lebenspartnerin/****des Lebenspartners** (ggf. abweichender Familienname)(Als **Lebenspartner** gelten nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz nureingetragene Lebenspartnerinnen/Lebenspartner.)      | Geburtsdatum      |
| Hat die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner eine **eigene Beihilfeberechtigung**? [ ]  ja, bei:      | [ ]  nein |
| Ist **die Ehegattin/der Ehegatte** bzw. **die Lebenspartnerin/der Lebenspartner** ohne Bezüge beurlaubt?[ ]  ja, vom       bis      [ ]  Elternzeit [ ]  sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben) | [ ]  nein |
| Ist **die Ehegattin/der Ehegatte** bzw. **die Lebenspartnerin/der Lebenspartner** erwerbstätig?[ ]  ja, als: [ ]  Beamter [ ]  Arbeitnehmer [ ]  Selbständigerbei:       Zeitanteil:       | [ ]  nein |
| Übersteigen die Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) der Ehegattin/des Ehegatten bzw.der Lebenspartnerin/des Lebenspartners - hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen - den Betrag von **20.000, --** Euro (i.V.m. der jeweils aktuell angepassten Einkommensgrenze nach Art. 96 BayBG)[ ]  ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung[ ]  ja, voraussichtlich im laufenden KalenderjahrBei Einkünften aus nicht selbständiger Arbeit sind von den Brutto-Einnahmen nur die Werbungskosten abzusetzen. | [ ]  nein[ ]  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **3** | Welche **Kinder** sind im **Familienzuschlag** berücksichtigungsfähig oder werden nur wegen einer zweiten Berufsausbildung bzw. einem Zweitstudium wegen des Umfangs einer Erwerbstätigkeitnicht berücksichtigt? |
| Vorname (ggf. abweichender Familienname) | Geburts-datum | **Bei Kindern in Berufsausbildung/Studium** |
| Art der Ausbildung | Beginn | voraussicht-liches Ende | eigene Beihilfe-berechtigung |
|  | a |       |       |       |       |       | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | b |       |       |       |       |       | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | c |       |       |       |       |       | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  |  |  |
|  | Ist ein Kind bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig?[ ]  ja, Kind:      bei:       | [ ]  nein |
|  |  |
|  | Ist für ein Kind seit der letzten Antragstellung der Familienzuschlag, der kinderbezogene Entgelt-bestandteil bzw. die Kindergeldzahlung weggefallen bzw. wieder aufgenommen worden? |
|  | [ ]  nein [ ]  ja | [ ]  Wegfall[ ]  Wiederaufnahme | Vorname:       seit wann?       |
| Vorname:       seit wann?       |

|  |  |
| --- | --- |
| **4** | Besteht **Krankenversicherungsschutz** (bei erster Antragstellung und Änderungen – bitte Nachweise vorlegen)? |
|  | ja | (bei Kind Vorname angeben) | **privat** | **gesetzlich** | **Zusatzversicherung (Art?)** |  |
|  |  |  |  | **pflicht-** | **freiwillig** | **famillien-** |
|  | **versichert** |
|  | [ ]  | Antragsteller | [ ]        % | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       | [ ]  nein |
|  | [ ]  | Ehegatte/Lebenspartner | [ ]        % | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       | [ ]  nein |
|  | [ ]  | Kind       | [ ]        % | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       | [ ]  nein |
|  | [ ]  | Kind       | [ ]        % | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       | [ ]  nein |
|  | [ ]  | Kind       | [ ]        % | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       | [ ]  nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5** | Besteht für geltend gemachte Aufwendungen **zusätzlich** Anspruch auf **Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung** (z. B. nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz usw.)?[ ]  ja, für Person(en):       (bitte Nachweis vorlegen u. Aufwendungen kennzeichnen) | [ ]  nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6** | Wurden geltend gemachte Aufwendungen durch einen Unfall (jegliche Art von Verletzun-gen) verursacht?[ ]  ja, Unfalldatum:      (bitte ausführliche Unfallschilderung vorlegen und Aufwendungen kennzeichnen)**Unfallart:** [ ]  Dienstunfall [ ]  Arbeitsunfall [ ]  Schulunfall [ ] sonstiger UnfallKommt ein **Fremdverschulden** in Betracht? [ ]  ja [ ]  nein | [ ]  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **7** | [ ]  eine **Pauschalbeihilfe** für **dauernde häusliche Pflege** durch **andere geeignete Personen**für die Zeit vom       bis       wird beantragt. Eine Bestätigung über die Durchführung der Pflege, mit Angabe von Unterbrechungszeiträumen, ist beizufügen. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **8** | Werden Aufwendungen für einen **stationären Krankenhausaufenthalt** geltend gemacht?[ ]  jaIst mit den behandelnden Ärzten eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen geschlossen worden?[ ]  ja **(Bitte Kopie der Wahlleistungsvereinbarung beilegen!)**[ ]  nein | [ ]  nein |

 **Ich bitte die Beihilfe zu überweisen**

|  |  |
| --- | --- |
| IBAN       | BIC       |

Mir ist die Tatsache bekannt, dass die Berücksichtigungsfähigkeit der Kinder im Familienzuschlag, beim kinderbezogenen Entgeltbestandteil bzw. bei der Kindergeldzahlung Einfluss auf die Höhe der Beihilfe haben kann. Auch Änderungen, die der für die Anordnung der Bezüge zuständigen Stelle mit­geteilt worden sind, müssen deshalb unbedingt auf jedem Antrag vermerkt werden.

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. **Mir ist be­kannt, dass nachträgliche Preisnachlässe durch einen Behandler/ein Krankenhaus sofort der Fest­setzungsstelle anzuzeigen sind.**

Ich bin damit einverstanden, dass die Beihilfestelle bei gebührenrechtlichen und medizinischen Fragen einen Beratungsarzt hinzuziehen und hierzu auch personenbezogene Daten übermitteln kann (ggf. streichen).

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Telefon tagsüber:      |  |  |

 **Datum, Unterschrift**

 [ ]  Beihilfeberechtigte(r) [ ]  Bevollmächtigte(r)

 [ ]  Nachweis liegt bei bzw. bereits vor