

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

Antrag auf Beihilfe, Pflege- und allgemeine Aufwendungen

1

Name: Vorname:				Straße: PLZ, Ort:				
Geburtsdatum		<input type="checkbox"/> led.	<input type="checkbox"/> verh.	<input type="checkbox"/> gesch.	<input type="checkbox"/> verw.	Referat/Amt		<input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger
		Änderungsdatum:						seit:
<input type="checkbox"/> vollbeschäftigt seit:			<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt seit:			Zeitanteil (z. B. 19,5/39,0):		
Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet?							<input type="checkbox"/> ja, bis	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie ohne Bezüge beurlaubt?								<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)								
Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?								<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ als: _____ bei: _____ Zeitanteil: _____								

2

Vorname der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners (ggf. abweichender Familienname) (Als Lebenspartner gelten nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz nur eingetragene Lebenspartnerinnen/Lebenspartner.)		Geburtsdatum			
Hat die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner eine eigene Beihilfeberechtigung ?			<input type="checkbox"/> ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> nein	
Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner ohne Bezüge beurlaubt?			<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)					
Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner erwerbstätig?			<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ja, als: <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbständiger bei: _____ Zeitanteil: _____					
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)				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung <input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr Bei Einkünften aus nicht selbständiger Arbeit sind von den Brutto-Einnahmen nur die <u>Werbungskosten</u> abzusetzen.					

3

Welche **Kinder** sind im **Familienzuschlag** berücksichtigungsfähig oder werden nur wegen einer zweiten Berufsausbildung bzw. einem Zweitstudium wegen des Umfangs einer Erwerbstätigkeit nicht berücksichtigt?

Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum	Bei Kindern in Berufsausbildung/Studium				eigene Beihilfeberechtigung	
		Art der Ausbildung	Beginn	voraussichtliches Ende		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
a						<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b						<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c						<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ist ein Kind bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig?	<input type="checkbox"/> ja, Kind: _____ bei: _____	<input type="checkbox"/> nein

Ist für ein Kind seit der letzten Antragstellung der Familienzuschlag, der kinderbezogene Entgeltbestandteil bzw. die Kindergeldzahlung weggefallen bzw. wieder aufgenommen worden?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Wegfall	Vorname: _____ seit wann?
		<input type="checkbox"/> Wiederaufnahme	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	familien-			
<input type="checkbox"/>	Antragsteller	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Ehegatte/ Lebenspartner	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Kind	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Kind	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Kind	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein

5 Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z. B. nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz usw.)? <input type="checkbox"/> ja, für Person(en): (bitte Nachweis vorlegen u. Aufwendungen kennzeichnen)	<input type="checkbox"/> nein
---	-------------------------------

6 Wurden geltend gemachte Aufwendungen durch einen Unfall (jegliche Art von Verletzungen) verursacht? <input type="checkbox"/> ja, Unfalldatum: (bitte ausführliche Unfallschilderung vorlegen und Aufwendungen kennzeichnen) Unfallart: <input type="checkbox"/> Dienstunfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall Kommt ein Fremdverschulden in Betracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
--	-------------------------------

7 <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> ja Ist mit den behandelnden Ärzten eine <u>Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen</u> geschlossen worden? <input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie der Wahlleistungsvereinbarung beilegen!) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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