

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:

Geschäftszeichen: 11-035
(bitte stets angeben)

Landratsamt Neustadt a.d.Waldnaab
Beihilfestelle
Frau Füßl oder Frau Höcht
Stadtplatz 38
92660 Neustadt a.d.Waldnaab

Antrag auf Beihilfe

Bei **erstmaliger Antragstellung** oder auf **Verlangen** der Beihilfestelle ist der Antrag vollständig auszufüllen. In **Folgeanträgen** sind die Fragen 1 - 3, soweit zutreffend, zu beantworten (bitte ausfüllen oder ankreuzen). Ggf. bitte Beiblatt für weitere Angaben verwenden.

Belege bitte nicht heften, klammern oder aufkleben !

1	Haben sich Änderungen bei den Fragen 4 – 7 gegenüber Ihrem letzten Antrag ergeben?	nein
	ja, bei Frage(n) (bitte Fragen beantworten)	

2	Sofern Aufwendungen für die Ehegattin/den Ehegatten bzw. die Lebenspartnerin/den Lebenspartner (siehe Hinweis Nr. 2) geltend gemacht werden:	
	Vorname der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners (ggf. abweichender Familienname):	
	Hat die o.g. Person eine eigene Beihilfeberechtigung? ja, bei:	nein
	Übersteigen die Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) der o.g. Person - hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen - den Betrag von 20.000 € ? Bei Berufstätigkeit bitte erstmalig Frage 5 beantworten! Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind von Brutto-Einnahmen nur die Werbungskosten abzusetzen.	nein
	ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung	nein
	ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr	nein

3	Es wurden Aufwendungen durch einen Unfall verursacht?	nein
	ja, Unfalldatum:	
	Unfallart: Dienstunfall Arbeitsunfall Schulunfall sonstiger Unfall	
Unfallschilderung:		
Belege kennzeichnen und für die Schilderung ein Beiblatt verwenden!		

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 Unterbrechungszeiten ist beizufügen!

Ich bin damit einverstanden, dass die Beihilfestelle bei gebührenrechtlichen und medizinischen Fragen einen Beratungsarzt bzw. einen Gutachter hinzuziehen und hierzu auch personenbezogene Daten übermitteln kann. Für Rückfragen bei den Behandlern entbinde ich diese von der Schweigepflicht.	ja
---	----

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass Preisnachlässe zu den Krankheitsaufwendungen sofort der Beihilfestelle anzuzeigen sind und berichtigte oder stornierte Rechnungen mit einem entsprechenden Hinweis vorzulegen sind.

Anzahl der Belege:
Summe der Aufwendungen:
Bankverbindung:
IBAN:
ggf. abweichender Kontoinhaber:

Datum	Unterschrift	
Beihilfeberechtigte/ Beihilfeberechtigter	Bevollmächtigte/ Bevollmächtigter	Nachweis liegt vor

4	Antragstellerin/Antragsteller: Erhalten Sie weitere Bezüge ? ja, als Beamter / Versorgungsempfänger von:						nein
	Folgendes nur von Beschäftigten im aktiven Dienst auszufüllen						
	vollbeschäftigt seit:		teilzeitbeschäftigt seit:			Zeitanteil:	
	Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet? ja, vom bis						nein
5	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 Selbständiger bei: Zeitanteil:						nein
6	Kinder , die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind oder die bei einer zweiten Berufsausbildung bzw. einem Zweitstudium wegen des Umfangs einer Erwerbstätigkeit nicht berücksichtigt werden.						
	Vorname (ggf. abweichender Familienname)		Geburtsdatum	Bei Kindern in Berufsausbildung / Studium			
				Art der Ausbildung	Beginn	voraussichtl. Ende	eigene Beihilfeberechtigung
	A						ja nein
	B						ja nein
	C						ja nein
D						ja nein	
7	Ist ein Kind bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig? ja, Kind bei:						nein
	Hat ein über 18-jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen? ja, Kind seit:						nein
7	Besteht Krankenversicherungsschutz (bei erster Antragstellung und Änderungen – bitte Nachweise vorlegen)						
	ja	(bei Kind Vorname angeben)	privat	gesetzlich			Zusatzversicherung (Art)
				pflicht-	freiwillig	familien-	
				versichert			
		Antragsteller					nein
		Ehegatte/Lebenspartner					nein
		Kind					nein
	Kind					nein	
	Kind					nein	
	Kind					nein	
8	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
9	Ist mit den behandelnden Ärzten eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) geschlossen worden? ja (bitte Kopie der Vereinbarung beilegen)						nein
10	Folgender naher Angehöriger (Ehegattin/Ehegatte, Lebenspartner/-in, Kinder, Eltern der behandelten Person) war bei Behandlungen tätig? Name des Behandlers: (bitte Belege kennzeichnen)						
11	Es werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind. ja						nein

Zusammenstellung der Aufwendungen zum Beihilfeantrag

von Herrn / Frau

Antrag vom

Beachten Sie bitte folgende Hinweise:

Die Einträge und Belege bitte nach Personen ordnen. Bei gleichem Vornamen eines Elternteils und Kindes bitte **Belege** mit „**K**“ kennzeichnen.

A = Antragsteller/-in **E=Ehegatte / Ehegattin** **L=Lebenspartner/-in** **K=Kind**

Nr.	A, E, L, K	Vorname des Kindes	Rechnungsdatum	Betrag in Euro
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
Gesamtbetrag:				

Hinweise:

- Für die Beantragung der Beihilfe sind **Zweitschriften oder Kopien** ausreichend.
- Als **Lebenspartner** gelten nach §1 Lebenspartnerschaftsgesetz nur eingetragene Lebenspartner/-innen.
- Bei **Beurlaubung** ist die **Frage 4** und/oder **Frage 5** stets auszufüllen.
- Bei **zusätzlichem Anspruch auf Kostenerstattung** (z. B. Bundesversorgungsgesetz) bitte **Frage 8** beantworten.
- Sofern Aufwendungen für einen **stationären Krankenaufenthalt** geltend gemacht werden, ist die **Entlassungsanzeige** mit der Krankenhausrechnung zwingend vorzulegen – bitte hierzu **Frage 9** beantworten.
- Bei Behandlungen durch einen **nahen Angehörigen** bitte **Frage 10** beantworten.
- Bei Ausschluss oder Einstellung von **Versicherungsleistungen** bitte **Frage 11** beantworten.
- Die Überweisung der Beihilfe erfolgt auf das **angegebene Bankkonto**.

Datenschutz:

Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren diesbezüglichen Rechten erhalten Sie im Internet unter

<https://www.neustadt.de/beratung-service/formulare/?filter=B>

oder für aktive Bedienstete im Intranet unter „Formulare“

<http://intranet/media/7999/beihilfeantragdatenschutzerklaerung.pdf>

Antragsformulare:

Unseren Beihilfeantrag erhalten Sie im Internet unter

<https://www.neustadt.de/beratung-service/formulare/?filter=B>

oder für aktive Bedienstete im Intranet unter „Formulare“

<http://intranet/media/7998/beihilfeantrag.pdf>