

Eingangsstempel

☐ hohe Aufwendungen:
(Gesamtbetrag in Euro)

Bundesverwaltungsamt
Dienstleistungszentrum

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

☐ Ich bitte, dem Beihilfebescheid einen neuen
Papiervordruck beizufügen.

Antrag auf Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)

Name, Vorname		Amts-/Dienstbezeichnung oder Dienstgrad	Besoldungs-/ Entgeltgruppe	Geburtsdatum
Personenkennziffer		Gebühmiszahlende Stelle		
dienstliche Anschrift Dienststelle oder Einheit		Straße, Haus-Nr.		PLZ, Ort
Gebäude-/Zimmer-Nr.	Telefon (dienstlich, bitte mit Vorwahl)		E-Mail (dienstlich)	
Privatanschrift Straße, Haus-Nr.		PLZ, Ort		
Telefon (privat, bitte mit Vorwahl)		E-Mail (privat)		

Hiermit beantrage ich eine Beihilfe zu den in der Anlage aufgeführten und belegten Aufwendungen.

Zutreffendes bitte ankreuzen ☐ und/oder ausfüllen

(Bei **erstmaliger Antragstellung** sowie bei **Änderungen in den persönlichen Verhältnissen** sind **durchgängig vollständige Angaben** notwendig.)

Sofern es sich **nicht** um einen Erstantrag handelt:

Die letzte Beihilfe wurde bewilligt am _____ von der Beihilfestelle _____

1 Angaben zu Status und Beschäftigung

☐ erster Antrag bzw. vollständiger Langantrag	☐ keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben	☐ folgende Änderung:
☐ Beamtin / Beamter	☐ Berufssoldatin / Berufssoldat	☐ Soldatin auf Zeit / Soldat auf Zeit
☐ Richterin / Richter	☐ Dienstordnungsangestellte / Dienstordnungsangestellter	☐ Tarifbeschäftigte / Tarifbeschäftigter
☐ Versorgungsempfängerin / seit (Datum) Versorgungsempfänger	☐ Empfängerin / Empfänger von Übergangsgebühren	☐ Anwärterin / seit (Datum) Lehrgangs-Nr. Anwärter
☐ Witwe / des/der Verstorbenen (Name, Vorname) Witwer	☐ Waise des/der Verstorbenen (Name, Vorname)	

vollbeschäftigt, seit (Datum) ☐	teilzeitbeschäftigt von-bis -	mit Wochenstunden -	befristet beschäftigt von-bis -
Altersteilzeit von - bis -	Elternzeit von-bis -	Beurlaubung ohne Dienstbezüge gem. § 92 Abs. 1 BBG von-bis -	sonstige Beurlaubung ohne Dienstbezüge von- bis (Bitte Nachweis beifügen) -

Diensteintritt bzw. Beschäftigungsbeginn im öffentlichen Dienst	Inanspruchnahme der Regelung gem. § 11 TVÜmBw ☐ Ja, seit (Datum)	Soldatin auf Zeit / Soldat auf Zeit Verpflichtungsdauer Jahre	von – bis (Datum) -
---	--	---	------------------------

2 Angaben zum Familienstand

☐ erster Antrag bzw. vollständiger Langantrag ☐ keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben ☐ folgende Änderung:

ledig ☐	verheiratet seit (Datum)	in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft seit (Datum)	getrennt lebend seit (Datum)	rechtskräftig geschieden seit (Datum)	verwitwet seit (Datum)
Wenn Sie verheiratet sind oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft leben: Angaben zur Ehegattin / zum Ehegatten / zur eingetragenen Lebenspartnerin / zum eingetragenen Lebenspartner Name, Vorname					
Geburtsdatum					
Berufstätig? ☐ nein ☐ ja Beschäftigung im öffentlichen Dienst? ☐ nein ☐ ja, Bezeichnung der Behörde:					
Berufsbezeichnung (z. B. Beamtin/Beamter, Tarifbeschäftigte/r)					

Werden Aufwendungen für die nicht selbst beihilfeberechtigte Ehegattin / Lebenspartnerin bzw. den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten / Lebenspartner geltend gemacht?

☐ nein ☐ ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben ☐ folgende Änderung (bzw. erster Antrag):

Überstiegen die Einkünfte Ihrer Ehegattin / Lebenspartnerin bzw. Ihres Ehegatten / Lebenspartners (§ 2 Abs. 3 i.V.m. Abs. 5a EStG – Gesamtbetrag der Einkünfte) im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung den Betrag von 17.000* EUR?
☐ nein ☐ ja

* Für Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, deren Gesamtbetrag der Einkünfte bis zum 13.02.2009 unter der damaligen Einkommensgrenze von 18.000 EUR lag, ist diese bis zur erstmaligen Überschreitung weiter anzuwenden (§ 58 Abs. 2 BBhV).

Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich übersteigen?
☐ nein ☐ ja

Wenn Aufwendungen für die Ehegattin / Lebenspartnerin oder den Ehegatten / Lebenspartner geltend gemacht werden, ist dem Antrag als Nachweis des Jahreseinkommens aus dem vorletzten Kalenderjahr der Einkommensteuerbescheid beizufügen.

3 Im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähige Kinder

☐ erster Antrag bzw. vollständiger Langantrag ☐ keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben ☐ folgende Änderung:

Kind(er): Vorname Familienname	Geburtsdatum	Ich beziehe den Familienzuschlag (FZ) seit *	Wegfall aus dem FZ bei mir ab *	Wiederaufnahme in den FZ bei mir nach Unterbrechung ab *	Schüler/in	Auszubildende/r, Student/in (Zeitraum: von – bis)
1.					☐	
2.					☐	
3.					☐	
4.					☐	

* Bei Änderungen bitte Nachweis beifügen.

Ist ein Kind oder sind Kinder bei einer anderen beihilfeberechtigten Person ebenfalls berücksichtigungsfähig?

☐ nein ☐ ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben ☐ ja, folgende Änderung (bzw. erster Antrag):

Welches Kind oder welche Kinder?	Bei wem?	ab (Datum)
----------------------------------	----------	------------

4 Besteht für Sie oder eine berücksichtigungsfähige Person eine anderweitige Beihilfeberechtigung?

☐ nein ☐ ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben ☐ ja, folgende Änderung (bzw. erster Antrag):

Beihilfeberechtigung als	Wer?	ab (Datum)	gegenüber wem
☐ Beamtin/Beamter			
☐ Tarifbeschäftigte/r			
☐ Versorgungsempfänger/in (§ 2 BeamtVG)			
☐ Abgeordnete/r (§ 27 AbgG)			

5 Krankenversicherungsschutz

☐ erster Antrag bzw. vollständiger Langantrag ☐ keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben ☐ folgende Änderung:

Personen	Beginn oder Änderung des Versicherungsverhältnisses (Datum)	private Krankenversicherung *	gesetzliche Krankenversicherung **				freie Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattungsanspruch ***	keine Krankenversicherung
			pfllichtversichert (§ 5 SGB V)	freiwillig versichert (§ 9 SGB V)	familienversichert (§ 10 SGB V)	Zusatztarife (z. B. Ergänzungstarife zur gesetzlichen Krankenversicherung)		
Beihilfeberechtigte Person		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
berücksichtigungsfähige Person nach § 4 Abs. 1 BBhV		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1. Kind		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Kind		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Kind		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Kind		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

* Bei **privater Krankenversicherung** ist bei erstmaliger Antragstellung sowie bei jeder Tarifumstellung (nicht Beitragsänderung) als Nachweis eine Kopie des aktuellen Versicherungsscheins vorzulegen, aus der der Umfang der Versicherung (z. B. Prozenttarif, Basistarif) hervorgeht. Ist der vorliegende Versicherungsnachweis älter als fünf Jahre, werden Sie von Ihrer Beihilfestelle aufgefordert einen aktuellen Versicherungsnachweis vorzulegen.

** Zu den **gesetzlichen Krankenversicherungen** gehören z. B. AOK, BKK, Ersatzkassen und knappschaftliche Krankenversicherung. Sofern Aufwendungen für eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person geltend gemacht werden, bitte Bescheinigung über die Mitgliedschaft der gesetzlichen Krankenkasse beifügen, aus der der Versicherungsbeginn und der Versicherungsstatus ersichtlich ist.

*** Ein **Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung** kann z. B. nach Beamtenrecht (insbesondere als Folge eines Dienstunfalls) oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen bestehen. Sofern Aufwendungen für eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person geltend gemacht werden, bitte Nachweis oder Bescheid über den Grundanspruch beifügen.

Bitte auch etwaige **Änderungen des Versicherungsschutzes bei Rentenanspruch oder Arbeitslosigkeit** eintragen.

Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt?

(z. B. vom Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger)

☐ nein ☐ ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben ☐ ja, folgende Änderung (bzw. erster Antrag):

Welcher Person? (Name, Vorname)	ab (Datum)	Höhe des monatlichen Zuschusses
1.		
2.		

Nur anzugeben, von privat krankenversicherten Tarifbeschäftigten:

Der Beitrag zur privaten Krankenversicherung betrug im Monat der Antragstellung € (bitte Nachweis beifügen).

Wurden Leistungen aus einer Auslandsreisekrankenversicherung gewährt?

☐ nein	☐ ja Bitte Nachweis (Kopie) beifügen.
-------------------------------	--

6 Gesetzliche Rente (nicht Versorgungsbezüge)

Beziehen Sie oder eine berücksichtigungsfähige Person eine gesetzliche Rente?

☐ nein ☐ ja

Name, Vorname	Art der Rente	seit (Datum)	Anspruch auf Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner	
1.			☐ besteht nicht.	☐ besteht.
2.			☐ besteht nicht.	☐ besteht.

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

☐ nein ☐ ja

Name, Vorname	beantragt am (Datum)	Der Antrag ist noch ohne Entscheidung	befürwortet, lt. Schreiben vom (Datum)	abgelehnt, lt. Schreiben vom (Datum)
1.		☐		
2.		☐		

7 Sind Sie Empfänger/in von Übergangsgebühren? (Diese Frage ist ausschließlich im Geschäftsbereich BMVg relevant.)

☐ nein ☐ ja Der Bescheid über die Gewährung der Übergangsgebühren ist zwingend beizufügen.

Übergangsgebühren stehen mir zu von – bis (Datum)	nach § 11 Absatz 2 oder Absatz 4 SVG ab:	nach § 11 Absatz 5 SVG ab:	Falls Sie Student/in werden oder bereits sind, ab/seit wann? (Datum)	Sind Sie in der Fachausbildung? ☐ nein ☐ ja
-				
Sind Sie berufstätig? ☐ nein ☐ ja, seit (Datum) als (Berufsbezeichnung)				
Arbeitgeber (Name/Firmenbezeichnung, Anschrift)				
Sind oder waren Sie aufgrund dieser Tätigkeit selbst beihilfeberechtigt? ☐ nein ☐ ja				
Handelt es sich um eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit? ☐ nein ☐ ja				

8 Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis?

☐ nein ☐ ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben (Beleg-Nr. angeben!) ☐ ja (Unfallschilderung beifügen)

Es handelt sich um ☐ einen Dienstunfall ☐ einen Arbeitsunfall ☐ einen Schulunfall ☐ einen sonstigen Unfall ☐ ein anderes schädigendes Ereignis (z. B. Berufskrankheit)				
Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)? Bitte auch Belege mit dem Hinweis „Unfall“ versehen.		Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? (Zu den Ansprüchen auf Kostenerstattung gehören auch Ansprüche z. B. gegen Schulträger, Sportvereine) ☐ nein ☐ ja		
Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Erstattungspflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer				

9 Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen (als Ärztin/Arzt, Zahnärztin/Zahnarzt, Heilpraktiker/in, Heilbehandler/in usw.) geltend gemacht?

☐ nein ☐ ja. Der/Die Behandelnde ist

Ehegattin/Ehegatte oder Lebenspartner/in	Kind	Elternteil	der behandelten Person.	Beleg-Nr. (Bitte ggf. Nachweis über entstandene Sachkosten beifügen)
☐	☐	☐		

10.1 Wird eine Pauschalbeihilfe bei dauernder häuslicher Pflege geltend gemacht?

☐ nein ☐ ja

Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5		Leistungszusage mit aktuellem Pflegegrad der Pflegeversicherung ☐ liegt vor ☐ liegt bei	
Name der pflegebedürftigen Person	Name der pflegenden Person	Zeitraum (vom - bis zum) -	
pauschaliertes Pflegegeld wird beantragt für den Monat/die Monate:			
Unterbrechung der Pflege ☐ nein ☐ ja, vom – bis zum (einschl.) Grund -			

10.2 Wird eine Beihilfe bei dauernder vollstationärer Pflege geltend gemacht?

☐ nein ☐ ja

Wird zusätzlich Beihilfe zu den Aufwendungen der dauernden vollstationären Pflege beantragt, die den Mindestbehalt des Einkommens übersteigen? (§ 39 Abs. 2 Satz 1 BBhV)			
☐ nein ☐ ja	Einkommensteuer-, Versorgungs- und Rentenbescheid(e) des Vorjahres	☐ liegen bei.	☐ werden nachgereicht.

11 Werden Aufwendungen für Krankheiten, für die *Versicherungsleistungen individuell ausgeschlossen* oder eingestellt worden sind, geltend gemacht?

☐ nein ☐ ja, folgende:		
Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)?	Betrag	Nachweis-Versicherungsschein über Ausschluss usw. beifügen, soweit nicht vorliegend

12 Wenn Sie in das Ausland versetzt/kommandiert/abgeordnet worden sind (gilt nur für den Geschäftsbereich BMVg):

Die Zusage der Umzugskostenvergütung (UKV) ist ☐ nicht erteilt worden ☐ erteilt worden	Mitflug für Personen ist (nach VMBI 1989 S. 197 Nr. 3 oder 4) ☐ nicht genehmigt worden ☐ genehmigt worden
---	--

13 Sind Sie in das Ausland abgeordnet oder befindet sich Ihr dienstlicher Wohnsitz im Ausland?

☐ nein ☐ ja

Wird von der Auslandsvertretung/bei Auslandslehrkräften auch von der Verwaltungsleiterin/dem Verwaltungsleiter ausgefüllt.
 Im Geschäftsbereich BMVg: Bestätigung durch Vertrauensarzt der Botschaft oder Truppenarzt.

Die Ortsüblichkeit und Angemessenheit der Aufwendungen wird bestätigt (innerhalb der EU und bei Aufwendungen je Krankheitsfall bis 1000 € nicht erforderlich).	
Stationäre Krankenhausbehandlung ☐ nein ☐ ja	Die gewählte Art der Unterbringung entspricht einem 2-Bettzimmer im Inland ☐ nein ☐ ja
Ort, Datum	Stempel/Unterschrift

14 Auszahlung der Beihilfe

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten						Betrag	am (Datum)
☐ nein	☐ ja						
☐ Die Überweisung soll auf das bisherige Konto erfolgen.				☐ Erstantragstellung oder Änderung der Bankverbindung, Beihilfe bitte auf folgendes Konto überweisen:			
Geldinstitut (mit Ortsangabe)						Kontoinhaber/in (falls abweichend von dem/der Antragsteller/in)	
IBAN	D	E					
BIC							

Erklärung

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechtigung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.

Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigelegt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

Ort	Datum	
Unterschrift der beihilfeberechtigten Person		Bei Vertretung: Unterschrift der Vertreterin/des Vertreters ☐ Vollmacht liegt vor ☐ Vollmacht liegt bei

Zusammenstellung der Aufwendungen (Nummerieren Sie Ihre Belege bitte fortlaufend durch)

Anlage zum Beihilfeantrag vom (Datum)	für Herrn / Frau (Name, Vorname)	Personenkennziffer		

Bitte setzen Sie in „Art der Leistung“ für: ärztliche Behandlung = äB, zahnärztliche Behandlung = zB, Fahrtkosten = Fk, Heilmittel = Hem, Hilfsmittel = Him, Krankenhaus = Kh, Rezept = R, Sonstige = S
und sortieren Sie die Aufwendungen bitte möglichst nach Antragsteller, Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner und Kind

Für die Beihilfefestsetzung werden keine Originalbelege benötigt, bitte reichen Sie daher Belegkopien ein.

[illegible]