



Ausfüllanleitung

Beihilfeformulare

25.06.2020

Inhaltsverzeichnis

1. Übersicht über Beihilfeantragsformulare und Anlagen	3
2. Beihilfeantrag	3
3. Adressierung und Zuständigkeitsverteilung	4
4. Antragsfrist	4
5. So werden die Vordrucke ausgefüllt	5
6. Besonderheiten beim Ausfüllen am PC	5
7. Ergänzende Erläuterungen zu den Formularen:	5
7.1 Beihilfeantrag bei Krankheit und Geburt	5
7.2 Anlage „Beihilfeberechtigte/r“	7
7.3 Anlage „Ehegatte / Ehegattin“	13
7.4 Anlage „Kind“	15
7.5 Anlage „Körperverletzung“	17
7.6 Anlage „Ausland“	19
7.7 Anlage „Vollmacht“	23
7.8 Antrag auf Abschlagszahlung	25
7.9 Antrag auf wiederkehrende Abschlagszahlungen	25

1. Übersicht über Beihilfeantragsformulare und Anlagen

Die nachfolgenden Antragsformulare und Anlagen stehen online zur Verfügung:

- *Beihilfeantrag bei Krankheit und Geburt*
- *Anlage „Beihilfeberechtigte/r“*
- *Anlage „Ehegatte / Ehegattin“*
- *Anlage „Kind“*
- *Anlage „Körperverletzung“*
- *Anlage „Ausland“*
- *Anlage „Vollmacht“*
- *Antrag auf Abschlagszahlung (§ 51 Abs. 8 BBhV)*
- *Antrag auf wiederkehrende Abschlagszahlungen (§ 51 Abs. 8 BBhV)*

Mit dieser Ausfüllanleitung leiten wir Sie durch den „Beihilfeantrag bei Krankheit und Geburt“ nebst den dazugehörigen Anlagen.

Krankheitsbedingte Aufwendungen werden ausschließlich mit dem „Beihilfeantrag bei Krankheit und Geburt“ geltend gemacht. Leistungen der Beihilfe bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind nur mit dem „Antrag bei dauernder Pflegebedürftigkeit“ (und ggf. der Anlage „Verhinderungspflege“) zu beantragen.

Die Anleitung informiert Sie darüber,

- welche Vordrucke Sie ausfüllen müssen und
- wie Sie die Vordrucke handschriftlich oder am PC richtig ausfüllen.

2. Beihilfeantrag

Zum Beihilfeantrag gehören der einseitige Hauptvordruck „Beihilfeantrag bei Krankheit und Geburt“ sowie die Anlagen „Beihilfeberechtigte/r“, „Ehegatte/Ehegattin“, „Kind“, „Körperverletzung“, „Ausland“ und „Vollmacht“

Bei der Beantragung von Beihilfe ist lediglich folgendes **Formular vorzulegen:**

- Hauptvordruck „Beihilfeantrag bei Krankheit und Geburt“

Änderungen in den persönlichen Verhältnissen, wie z.B. Anschrift oder Bankverbindung, werden anlassbezogen mit den entsprechenden Anlagen zum Beihilfeantrag mitgeteilt.

Ob und ggf. welche weiteren Anlagen beizufügen sind, ergibt sich aus der folgenden Übersicht.

Formular / Anlage	Erstmalige Antragstellung beim BVA	Folgeanträge	
	vollständige Angaben erforderlich	vollständige Angaben erforderlich	nur Änderungsmitteilungen
Hauptvordruck „Beihilfeantrag bei Krankheit und Geburt“	ja	ja	--
Anlage „Beihilfeberechtigte/r“	ja	nein	ja
Anlage „Ehegatte / Ehegattin“	ja (sofern verheiratet bzw. getrennt lebend)	nein	ja
Anlage „Kind“	ja (für jedes berücksichtigungsfähige Kind)	nein	ja
Anlage „Ausland“	Immer bei Abordnung ins Ausland oder bei dienstlichem Wohnsitz im Ausland. (Bei Versorgungsempfängern nur zur Mitteilung der ausländischen Adresse.)		
Anlage „Vollmacht“	ja (sofern Bevollmächtigung gewünscht)	nein	ja
Anlage „Körperverletzung“	Die Anlage ist bei einer neuen und bislang nicht angezeigten Körperverletzung vollständig auszufüllen. Aufwendungen aufgrund einer Körperverletzung sind in der Anlage „Körperverletzung“ immer gesondert anzugeben.		

Tabelle 1: Formularübersicht

3. Adressierung und Zuständigkeitsverteilung

Eine vollständige Übersicht der jeweils zu verwendenden Postanschrift sowie die Zuständigkeitsverteilung auf die Bearbeitungsstandorte finden Sie unter:

www.beihilfe.bund.de --> Ihre Beihilfestellen

Die Adressen unserer Bearbeitungsstandorte sind in den online Antragsformularen bereits hinterlegt. Sie können Ihre zuständige Beihilfestelle über das Dropdownmenü über dem Adressfeld auswählen. Bitte beachten Sie, dass Ihr Antrag ggf. an das Datenbearbeitungszentrum in Bad Homburg zu senden ist.

4. Antragsfrist

Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum beantragt wird. Für den Beginn der Frist ist bei Pflegeleistungen der letzte Tag des Monats maßgebend, in dem die Pflege erbracht wird (§ 54 Abs. 1 BBhV).

5. So werden die Vordrucke ausgefüllt

Sie können zur Beschleunigung der Beihilfearbeitung beitragen, indem Sie die neuen Vordrucke verwenden, diese **direkt am PC ausfüllen** und anschließend ausdrucken.

Selbstverständlich sind weiterhin auch **handschriftliche Angaben** möglich. Um unnötigen Nachbearbeitungsaufwand zu vermeiden, füllen Sie bitte alle Formulare deutlich und **ausschließlich in Druckbuchstaben** aus.

Tragen Sie bitte Ihre Angaben nur in die dafür vorgegebenen Kästchen ein (Ausnahme: die Unfallschilderung in der Anlage „Körperverletzung“). Reichen diese nicht aus, kürzen Sie bitte die Angaben in geeigneter Weise ab.

In den Datumsfeldern verwenden Sie bitte das Datumsformat: TT.MM.JJJJ (Bsp.: 01.01.2010).

Zusätzlich zu Ihren persönlichen Daten tragen Sie bitte hier immer Ihre **Personal-/ Versorgungsnummer** bzw. **Personenkennziffer (PK)** ein, da Ihr Antrag sonst nicht zugeordnet werden kann. Diese ersehen Sie aus Ihrem letzten Beihilfebescheid.

Vergessen Sie bitte nicht, den „Beihilfeantrag bei Krankheit und Geburt“ zu **unterschreiben**, da dieser sonst nicht bearbeitet werden kann.

Die Rechnungsbelege fügen Sie einfach als Kopie dem Beihilfeantrag bei. Bitte denken Sie daran, dass Belege nicht zurück gesandt werden.

6. Besonderheiten beim Ausfüllen am PC

Der Beihilfeantrag und die Anlagen sind im Internetportal des BVA für Sie bereitgestellt.

Alle Formulare finden Sie unter www.beihilfe.bund.de → [Ihre Anträge](#)

Die Formulare stehen Ihnen im Format **FFW** (FormsForWeb) zur Verfügung. Die am häufigsten gestellten Fragen hierzu finden Sie auf der gleichen Seite wie die Ausfüllanleitung unter [„Besonderheiten beim Drucken und Speichern“](#).

7. Ergänzende Erläuterungen zu den Formularen:

7.1 Beihilfeantrag bei Krankheit und Geburt

Der Beihilfeantrag (FFW 041000) ist bei schriftlicher Beantragung vollständig auszufüllen. Bei Nutzung der Beihilfe-App wird der Beihilfeantrag nicht benötigt.

Empfängeranschrift

[Zeile 1]

Die für Sie zutreffende Empfängeradresse finden Sie auf unserer Internetseite unter:

www.beihilfe.bund.de → [Ihre Beihilfestellen](#)

Wenn Sie die Formulare am PC ausfüllen, können Sie die Anschrift mittels Dropdown-Feld (über dem Adressfeld) auswählen oder selbst im Adressfeld eintragen.

		Posteingangsstempel	
Max Mustermann, Mustrstr. 1, 53123 Musterstadt		<h2>Beihilfeantrag bei Krankheit und Geburt</h2> <p>Den Antrag bitte mit Druckbuchstaben ausfüllen. Die Belege und den Antrag bitte NICHT klammern, kleben oder nummerieren.</p> <p>Bitte beachten Sie auch die Ausfüllanleitung. Diese finden Sie unter www.beihilfe.bund.de</p>	
1 Bundesverwaltungsamt Dienstleistungszentrum Datenbearbeitungszentrum Beihilfe (DZB) 61300 Bad Homburg v. d. Höhe			
1. Beihilfeberechtigte Person		PK-/Personalnummer: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	
Name		AOST-Nr.	
3 M u s t e r m a n n			
Vorname		Geschlecht	
4 M a x		<input checked="" type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Namenszusatz		Akademischer Grad	
5		Geburtsdatum	
		0 1 . 0 2 . 1 9 7 6	
2. Die Summe der Aufwendungen beträgt			
6 <input checked="" type="checkbox"/> bis 2.500 EUR <input type="checkbox"/> über 2.500 EUR		Die Belege zu den geltend gemachten Aufwendungen sind beigelegt.	
3. Werden Aufwendungen geltend gemacht, die im Zusammenhang mit einer Körperverletzung (z.B. Verkehrsunfall) stehen und bestehen ggf. Schadenersatzansprüche?			
7 <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Bitte Anlage „Körperverletzung“ beifügen.	
<p>Bei erstmaliger Antragstellung beim BVA ist die Anlage „Beihilfeberechtigte/r“ mit vollständigen Angaben und soweit zutreffend die Anlage „Ehegatte/Ehegattin“ bzw. die Anlage „Kind“ vorzulegen. Änderungen der persönlichen Verhältnisse (z.B. Anschrift, Bankverbindung, Familienstand oder Beschäftigung) werden jeweils mit den zutreffenden Anlagen mitgeteilt. Bei Abordnung bzw. Entsendung in das Ausland oder dienstlichem Wohnsitz im Ausland ist zusätzlich die Anlage „Ausland“ vorzulegen.</p> <p>Die mit dem Beihilfeantrag eingereichten Belege werden nicht zurückgesandt, sondern unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen fachgerecht vernichtet. Bitte übersenden Sie ausschließlich Zweitschriften oder Kopien.</p>			
Erklärung Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben im Beihilfeantrag und allen beigelegten Anlagen. Änderungen in den persönlichen Verhältnissen habe ich mitgeteilt. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt. Nachträgliche Rechnungskorrekturen für die geltend gemachten Aufwendungen werde ich unaufgefordert der Festsetzungsstelle anzeigen.			
Datum		<i>M. Mustermann</i>	
8 1 5 . 0 6 . 2 0 2 0		Unterschrift der beihilfeberechtigten bzw. bevollmächtigten Person	
Name, Vorname (wenn Antrag durch bevollmächtigte Person gestellt wird; Vollmacht muss vorliegen)			
9			
Datenschutzrechtliche Hinweise: Zur Festsetzung und Zahlung von Beihilfeleistungen verarbeitet das BVA erforderliche personenbezogene Daten der beihilfeberechtigten Person und ggf. der berücksichtigungsfähigen Personen wie Name, Anschrift, Geburtsdatum und Zahlungsdaten sowie Daten aus den eingereichten Rechnungsbelegen und sonstigen Schriftstücken (§ 114 Absatz 5 Satz 1 BBG i.V.m. Artikel 13 DSGVO). Informationen hierzu finden Sie im Internetportal des BVA unter „Merkblätter und Informationen“.			

Abb. 1: Beispiel für Beihilfeantrag

1. Beihilfeberechtigte Person

[Zeilen 2 bis 5]

Bitte tragen Sie immer Ihre **Personal-/Versorgungsnummer bzw. Personenkennziffer (PK)** ein, da sonst keine Zuordnung möglich ist.

Die Nummer kann aus Zahlen als auch aus Buchstaben bestehen. Diese finden Sie in **Ihrem Beihilfebescheid** ab der Seite 2 in der Kopfzeile (oben links) als Personalnummer.



Personalnummer: 70018006 Seite 2 von 3

Festsetzung zum Beihilfeantrag vom 27.05.2018

Beleg-Nr.	Person	Rechnungsdatum	Rechnungsbetrag (EUR)	Kosten-erstattung rechnerisch (EUR)	Dem Grunde nach beihilfefähig (EUR)	Beihilfefähig nach Abzug evtl. Eigenbehalte (EUR)	Bemes-sungssatz (v.H.)	Beihilfe (EUR)	Hin-weis
1	1	00.05.2018	00.05	5.70	00.05	00.05	00.00	00.16	

Abb. 2: Ausschnitt aus dem Beihilfebescheid

Die AOST (Anordnende Stelle bzw. dreistellige Dienststellennummer) ist nur auszufüllen, falls diese bekannt ist.

2. Die Summe der Aufwendungen

[Zeile 6]

Bitte kreuzen an, ob die Summe der Aufwendungen, die Sie mit diesem Beihilfeantrag geltend machen, über oder unter 2.500 Euro liegt.

3. Werden Aufwendungen geltend gemacht, die im Zusammenhang mit einer Körperverletzung (z.B. Verkehrsunfall) stehen und bestehen ggf. Schadenersatzansprüche?

[Zeile 7]

Bitte kreuzen Sie an, wenn mindestens eine mit diesem Beihilfeantrag geltend gemachte Aufwendung im Zusammenhang mit einer Körperverletzung steht. Füllen Sie zusätzlich die Anlage „Körperverletzung“ aus und reichen diese mit ein.

Erklärung

[Zeile 8]

Mit der für die Gültigkeit dieses Antrages zwingend notwendigen Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

[Zeile 9]

Bevollmächtigt werden können nur natürliche Personen. Bitte legen Sie dazu zusätzlich die Anlage Vollmacht mit vor.

Bei gesetzlicher Betreuung muss die Anlage „Vollmacht“ nicht ausgefüllt werden.

Bei erstmaliger Antragstellung durch die Betreuerin / den Betreuer sowie bei Änderung des Aufgabenkreises ist eine Ablichtung der Bestallungsurkunde beizufügen.

7.2 Anlage „Beihilfeberechtigte/r“

Die Anlage "Beihilfeberechtigte/r" (FFW 041002) zum Beihilfeantrag bei Krankheit und Geburt ist bei erstmaliger Antragstellung im BVA sowie bei Änderung(en) der Antragstellerdaten auszufüllen. Auch bei Nutzung der Beihilfe-App, sind Änderungen schriftlich auf dem Postweg mit der Anlage "Beihilfeberechtigte/r" mitzuteilen.

1	Anlage „Beihilfeberechtigte/r“	PK-/Personalnummer
	Bitte immer bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen ausfüllen	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
2	1. Namensänderung	keine Änderung <input checked="" type="checkbox"/>
3	Geänderter Name	
4	ab	
5	2. Inländische Postanschrift	keine Änderung <input type="checkbox"/>
	Eine private ausländische Postanschrift bitte mit der Anlage „Ausland“ angeben. c/o (Zusatzfeld für Vorname, Name oder Einrichtung, z.B. Pflegeheim)	
6		
7	Straße	Hausnummer
8	M u s t e r s t r a ß e	1 0
9	Ort	PLZ
	M u s t e r s t a d t	5 3 1 2 3
10	3. Kontaktdaten	keine Änderung <input checked="" type="checkbox"/>
11	ab/seit	
12	Beschäftigungsdienststelle (Kurzform z.B.: BVA)	Haus/Zimmer
13	Telefon (dienstlich)	
14	Mailadresse (dienstlich)	
15	@	
16	Telefon (privat; freiwillige Angabe)	
17	Mailadresse (privat; freiwillige Angabe)	
18	@	
19	4. Auszahlung der Beihilfe	keine Änderung <input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/> bekanntes Konto der beihilfeberechtigten Person	<input type="checkbox"/> bekanntes Konto der bevollmächtigten Person
21	<input checked="" type="checkbox"/> nachstehendes Konto	
22	IBAN	
	D E 1 2 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	
23	Finanzinstitut	BIC/SWIFT
	M u s t e r b a n k	A B C D E F G I H I J
24	Inhaber/in des Kontos (falls abweichend von der beihilfeberechtigten Person)	
	Name	
25	M u s t e r m a n n	
	Vorname	
	M a x	

Abb. 3: Beispiel für Anlage "Beihilfeberechtigte" - 1. Seite

PK-/Personalnummer

[Zeile 1]

Bitte tragen Sie immer Ihre **Personal-/Versorgungsnummer bzw. Personenkennziffer (PK)** ein, da sonst keine Zuordnung möglich ist.

Keine Änderung

[Zeilen 2, 5, 10, 19, 26, 30, 35, 38, 41, 47, 49, 53]

Sofern sich bei einem der Punkte 1 bis 12 keine Änderung ergeben haben, kreuzen Sie bitte das Feld „keine Änderung“ im jeweiligen Punkt an.

1. Namensänderung

[Zeilen 2 bis 4]

Geben Sie Ihren geänderten Namen mit Gültigkeitsbeginn an, z. B. aufgrund einer Eheschließung.

2. Inländische Postanschrift

[Zeilen 6 bis 9]

Bitte geben Sie hier Ihre inländische Postanschrift an.

Falls Sie im Ausland wohnhaft sind, geben Sie die ausländische Postanschrift über die Anlage „Ausland“ bekannt.

3. Kontaktdaten

[Zeilen 11 bis 18]

Die Angaben der privaten Kontaktdaten sind freiwillig.

[Zeilen 14 bis 15]

Zuerst tragen Sie den Teil Ihrer Mailadresse, der vor dem @ Zeichen steht, in Zeile 14 ein. In Zeile 15 notieren Sie den Teil Ihrer Mailadresse nach dem @ Zeichen.

4. Auszahlung der Beihilfe

[Zeilen 20 bis 25]

Eine Beihilfegewährung erfolgt im Inland ausschließlich unbar.

Beihilfegewährung mit IBAN (International Bank Account Number) und BIC (Bank Identifier Code) sind innerhalb des Europäischen Zahlungsverkehrsraums (Single Euro Payments Area, SEPA) möglich. Dazu gehören alle Länder der EU, des EWR sowie die Schweiz.

Sie finden diese Codes auf Ihrem Kontoauszug, eventuell bereits auch auf Ihrer Bankomatkarte. Die Angabe der IBAN bzw. BIC/SWIFT ist nur notwendig, sofern Sie die Erstattung auf ein Konto eines ausländischen Geldinstituts wünschen.

Reichen die Kästchen für die Angabe Ihres Finanzinstitutes nicht aus, kürzen Sie die Angaben bitte in geeigneter Weise ab.

Hat sich Ihre **Bankverbindung geändert**, teilen Sie dies Ihrer Beihilfestelle bitte **umgehend mit**.

Geben Sie bei den Angaben immer die zugrunde liegenden Verhältnisse zum Zeitpunkt der Entstehung der Aufwendungen an (insbesondere bei den **Punkten 6, 7, 8 und 9**).

Änderungen innerhalb eines Antragszeitraums können durch die Felder von/seit bis...
kenntlich gemacht werden, ohne dass eine weitere Anlage verwendet werden muss.

26	5. Versand der Beihilfebescheide	keine Änderung	<input checked="" type="checkbox"/>	
27	Die Beihilfebescheide sollen versendet werden an:			
	<input type="checkbox"/> aktuelle Beschäftigungsdienststelle	<input type="checkbox"/> Postanschrift	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte Person	
28	Bei Versand an eine bevollmächtigte Person bitte den Namen angeben			
	<input type="text"/>			
29	Bei Bevollmächtigung: <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> Vollmacht ist beigelegt			
30	6. Angaben zur Beschäftigungsart	keine Änderung	<input checked="" type="checkbox"/>	
31	<input type="checkbox"/> Beamter/in, Bundesminister/in, Richter/in, parl. Staatssekretär/in	<input type="checkbox"/> Berufssoldat/in, Soldat/in auf Zeit	<input type="checkbox"/> Beamter/in im Vorbereitungsdienst	<input type="checkbox"/> Witwe/r
32	<input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in	<input type="checkbox"/> Tarifbeschäftigte/r	<input type="checkbox"/> Empfänger/in von Übergangsgebühren	<input type="checkbox"/> Waise
33	seit	bis	<input type="text"/>	
34	Gebühmizahlende Stelle (nur für aktive und ehemalige Bundeswehrangehörige)			
	<input type="text"/>			
35	7. Angaben zum Beschäftigungsumfang (nur bei Tarifbeschäftigten)	keine Änderung	<input type="checkbox"/>	
36	<input checked="" type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit für	Stunden/Woche <input type="text"/>	Regelarbeitszeit/Woche <input type="text"/>
37	von/seit	bis	<input type="text"/>	
	0 1 . 0 5 . 2 0 2 0			
38	8. Wegfall von Dienstbezügen/Beurlaubung	keine Änderung	<input checked="" type="checkbox"/>	
39	Bitte Personalverfügung in Kopie beifügen.			
	<input type="checkbox"/> Elternzeit	<input type="checkbox"/> familienbedingte Beurlaubung	<input type="checkbox"/> sonstige Beurlaubung ohne Dienstbezüge	
40	von/seit	bis	<input type="text"/>	
41	9. Krankenversicherungsschutz ¹⁾	keine Änderung	<input checked="" type="checkbox"/>	
42	<input type="checkbox"/> privat krankenversichert	<input type="checkbox"/> gesetzlich freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> keine Krankenversicherung	
43	<input type="checkbox"/> gesetzlich pflichtversichert	<input type="checkbox"/> Zusatztarif ²⁾	<input type="checkbox"/> freie Heilfürsorge, Kostenerstattung	
44	ab <input type="text"/>			
45	Wird zu den Krankenversicherungsbeiträgen ein Zuschuss gewährt? (nur bei freiwillig gesetzlich Versicherten)			
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	Betrag (EUR) <input type="text"/>	ab <input type="text"/>
46	Haben Sie Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (z.B. aufgrund einer anerkannten Wehrdienst- beschädigung oder aus der Gesetzlichen Unfallversicherung (z.B. aufgrund eines Arbeitsunfalls)? ³⁾			
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, bitte entsprechenden Nachweis in Kopie beifügen.	
47	10. Werden durch die Krankenversicherung Leistungen individuell ausgeschlossen?	keine Änderung	<input checked="" type="checkbox"/>	
48	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Nachweis Versicherungsschein über Ausschluss	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt bei
49	11. Besteht für Sie eine anderweitige Beihilfeberechtigung?	keine Änderung	<input checked="" type="checkbox"/>	
50	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	gegenüber wem <input type="text"/>	
51	<input type="checkbox"/> als Beamter/in <input type="checkbox"/> als Versorgungsempfänger/in <input type="checkbox"/> aufgrund vertraglicher Verein- barung (z.B. Dienstvertrag)			
52	von	bis	<input type="text"/>	

Abb. 4: Beispiel für Anlage "Beihilfeberechtigter" - 2. Seite

5. Versand der Beihilfebescheide

[Zeile 27]

Geben Sie die Adresse an, zu der die Bescheide versendet werden sollen.

[Zeilen 27 bis 29]

Bevollmächtigt werden können nur natürliche Personen.

Bei gesetzlicher Betreuung muss die Anlage „Vollmacht“ nicht ausgefüllt werden.

Bei erstmaliger Antragstellung durch die Betreuerin / den Betreuer sowie bei Änderung des Aufgabenkreises ist eine Ablichtung der Bestallungsurkunde beizufügen.

6. Angaben zur Beschäftigungsart

[Zeilen 31 bis 34]

Zur Beschäftigungsart „Beamter/in“ zählen:

- aktive Beamte
- insichbeurlaubte Beamte (gilt nur für Telekom)
- beurlaubte Beamte
- Beamte im Vorruhestand

Änderungen innerhalb des Antragszeitraumes kennzeichnen Sie bitte in den Feldern „seit“ und „bis“.

7. Angaben zum Beschäftigungsumfang

[Zeilen 36 bis 37]

Die Angaben zum Beschäftigungsumfang sind relevant bei Tarifbeschäftigten und Beschäftigten, die sich in einem Altersteilzeitmodell befinden.

8. Wegfall von Dienstbezügen/Beurlaubung

[Zeilen 39 bis 40]

Fügen Sie eine Personalverfügung bei, falls einer der Wegfallgründe in Zeile 39 vorliegt.

9. Krankenversicherungsschutz

[Zeilen 42 bis 46]

Bei privater Krankenversicherung (auch im Basistarif) ist als Nachweis bei erstmaliger Antragstellung sowie bei jeder Tarifumstellung (nicht Beitragsänderung) eine Kopie des aktuellen Versicherungsscheins vorzulegen. Sofern in privaten Versicherungsscheinen Abkürzungen verwendet werden, aus denen Art und Umfang der Versicherung nicht eindeutig erkennbar ist, fügen Sie bitte die Versicherungsbedingungen bei.

Zu den gesetzlichen Krankenversicherungen gehören z.B. Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK), die Betriebskrankenkassen (BKK), die Innungskrankenkassen (IKK), die Ersatzkassen und die Knappschaft. Ein Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung kann z.B. nach Beamtenrecht (insbesondere als Folge eines Dienstunfalls) oder Soldatenrecht, Beamtenversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz

setz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen bestehen.

Unter die Zusatztarife fallen: Ergänzungstarife zur gesetzlichen Krankenversicherung, Auslands- (Reise-) versicherungen (AR) o. ä. Das Bestehen einer Auslands- (Reise-) Versicherung ist immer dann anzugeben, wenn Auslandsaufwendungen geltend gemacht werden. Nicht anzugeben sind Krankenhaustagegeld- und Pflegezusatz-versicherungen.

Änderungen im Krankenversicherungsschutz, die sich in dem Zeitraum ergeben haben, für den Sie Aufwendungen geltend machen, kennzeichnen Sie bitte in den Feldern „ab dem (Datum)“.

10. Werden durch die Krankenversicherung Leistungen individuell ausgeschlossen?

[Zeile 48]

Hier handelt es sich um Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung aufgrund eines individuellen Ausschlusses wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung). Der Nachweis des Ausschlusses von Versicherungsleistungen ist zwingend erforderlich.

11. Besteht für Sie eine anderweitige Beihilfeberechtigung?

[Zeilen 50 bis 52]

Bei einer anderweitigen Beihilfeberechtigung geben Sie bitte an, gegenüber wem diese besteht, Sie diese als Beamter/in, als Versorgungsempfänger/in oder aufgrund einer vertraglichen Vereinbarung in Anspruch genommen haben und den dazugehörigen zeitlichen Gültigkeitsbereich.

53 **12. Zusendung der Antragsformulare** keine Änderung

54 Wird die Zusendung folgender Beihilfeantragsformulare mit den zukünftigen Bescheiden benötigt?

54 ja, ich bitte um Zusendung nein, wird nicht (mehr) benötigt

55 Beihilfeantrag bei Krankheit und Geburt

56 Antrag bei dauernder Pflegebedürftigkeit

Die Anlagen zur Mitteilung von Änderungen der persönlichen Verhältnisse (Anlage "Beihilfeberechtigte/r", Anlage "Ehegatte / Ehegattin", Anlage "Kind" finden Sie im Internetportal des BVA (www.beihilfe.bund.de) oder können auf Anfrage übersandt werden.

Abb. 5: Beispiel für Anlage "Beihilfeberechtigter" - 3. Seite

12. Zusendung der Antragsformulare

[Zeilen 54 bis 56]

Hier können Sie auswählen, ob Sie dauerhaft zu jedem Beihilfebescheid einen Beihilfeantrag und/oder einen Pflegeantrag zugesandt bekommen möchten.

Falls Sie die dauerhafte Zusendung wieder abbestellen möchten, kreuzen Sie das entsprechende Feld und den jeweiligen Antrag an, welchen Sie zukünftig nicht mehr erhalten möchten.

7.3 Anlage „Ehegatte / Ehegattin“

Die Anlage "Ehegatte/Ehegattin" (FFW 041003) zum Antrag auf Beihilfe ist bei erstmaliger Antragstellung je Kalenderjahr sowie bei Änderungen vollständig auszufüllen.

Bei verschiedenen Ehegatten/ Ehegattinnen innerhalb eines Antragszeitraumes sind ggf. mehrere Anlagen auszufüllen.

Anlage "Ehegatte/Ehegattin"	PK-/Personalnummer 1 2 3 4 5 6 7	
<small>Bitte bei erstmaliger Antragstellung je Kalenderjahr oder bei Änderung vollständig ausfüllen.</small>		
1. Daten des/der Ehegatten/Ehegattin		
Name	M u s t e r m a n n	Geburtsdatum 1 1 . 1 1 . 1 9 6 7
Vorname	P e t r a	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input checked="" type="checkbox"/> weiblich
verheiratet seit	0 1 . 0 1 . 2 0 0 0	<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit
2. Krankenversicherungsschutz <small>(Erläuterungen siehe Fußnoten 3 und 4 im Antrag auf Gewährung von Beihilfe)</small>		
		keine Änderung: <input type="checkbox"/>
Private Krankenversicherung 3)	Gesetzliche Krankenversicherung 3)	Freie Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattungsanspruch 3)
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ab dem (Datum)		0 1 . 0 1 . 1 9 9 0
		0 1 . 0 1 . 2 0 1 0
Wird zu den Krankenversicherungsbeiträgen ein Zuschuss gewährt?		
<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
in Höhe von <input type="text"/> , <input type="text"/> EUR ab <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>		
in Höhe von <input type="text"/> , <input type="text"/> EUR ab <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>		
3. Besteht für den/die Ehegatten/Ehegattin eine eigene Beihilfeberechtigung?		
		keine Änderung: <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja, als		
Beamter/in	Tarifbeschäftigte(r)	Abgeordnete(r)
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorsorgeempfänger/in		von-Datum
		0 1 . 0 1 . 1 9 9 0
gegenüber wem		bis-Datum
S t a d t B o n n		3 1 . 1 2 . 2 0 0 9
<input checked="" type="checkbox"/>		0 1 . 0 1 . 2 0 1 0
gegenüber wem		
B V A		
4. Angaben zum Einkommen des/der Ehegatten/Ehegattin		
<small>Obersteigt der Gesamtbetrag der Einkünfte Ihres/Ihrer Ehegatten/Ehegattin (§2 Abs. 3 EstG) im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung der Aufwendungen den Betrag von 17.000,- €? Nach §4 Abs. 1BBhV ist der Gesamtbetrag der Einkünfte durch Vorlage einer Ablichtung des Steuerbescheides nachzuweisen.</small>		
<input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja Der Steuerbescheid <input checked="" type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> ist beigefügt		
Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich übersteigen?		
<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
5. Werden Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind, geltend gemacht?		
<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Zuordnung der Aufwendungen zu den Belegen (Bitte Blattnummer/Belegnummer der Anlage "Zusammenstellung der Belege" eintragen):		
/	/	/
/	/	/
Nachweis Versicherungsschein über Ausschluss <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt bei		

Abb. 6: Beispiel für Anlage "Ehegatte/Ehegattin"

1. PK-/Personalnummer

[Zeile 1]

Bitte tragen Sie immer Ihre **Personal-/Versorgungsnummer bzw. Personenkennziffer (PK)** ein, da sonst keine Zuordnung möglich ist.

[Zeile 4]

Das Datumsfeld „seit“ gilt für die Ankreuzmöglichkeiten „verwitwet“ und „geschieden“.

Keine Änderung

[Zeilen 5, 11]

Sofern sich bei einem der Punkte 2-3 keine Änderung ergeben hat, kreuzen Sie bitte das Feld „keine Änderung“ im jeweiligen Punkt an.

2. Krankenversicherungsschutz

[Zeilen 5 bis 10]

Bei privater Krankenversicherung (auch im Basistarif) ist als Nachweis bei erstmaliger Antragstellung sowie bei jeder Tarifumstellung (nicht Beitragsänderung) eine Kopie des aktuellen Versicherungsscheins vorzulegen. Sofern in privaten Versicherungsscheinen Abkürzungen verwendet werden, aus denen Art und Umfang der Versicherung nicht eindeutig erkennbar ist, fügen Sie bitte die Versicherungsbedingungen bei.

Zu den gesetzlichen Krankenversicherungen gehören z.B. allgemeine Ortskrankenkassen (AOK), die Betriebskrankenkassen (BKK), die Innungskrankenkassen (IKK), die Ersatzkassen und die Knappschaft. Ein Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung kann z.B. nach Beamtenrecht (insbesondere als Folge eines Dienstunfalls) oder Soldatenrecht, Beamtenversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen bestehen.

Unter die Zusatztarife fallen: Pflegekostenversicherung (PfK), Ergänzungstarife zur gesetzlichen Krankenversicherung, Auslands- (Reise-) versicherungen (AR) o. ä. Das Bestehen einer Auslands-(Reise-) Versicherung ist immer dann anzugeben, wenn Auslandsaufwendungen geltend gemacht werden. Nicht anzugeben sind Krankenhaustagegeld- und Pflegezusatzversicherungen.

Änderungen im Krankenversicherungsschutz, die sich in dem Zeitraum ergeben haben, für den Sie Aufwendungen geltend machen, kennzeichnen Sie bitte in den Feldern „ab dem (Datum)“.

3. Besteht für den/die Ehegatten/Ehegattin eine eigene Beihilfeberechtigung?

[Zeilen 11 bis 16]

Nur bei Statusänderung hinsichtlich der Beihilfeberechtigung der Ehegattin/ des Ehegatten (z.B. zunächst tarifbeschäftigt, dann verbeamtet) füllen Sie bitte auch die doppelten Felder aus (Zeilen 15 bis 16).

5. Werden Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind, geltend gemacht?

[Zeilen 19 bis 22]

Hier handelt es sich um Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung aufgrund eines individuellen Ausschlusses wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung). Der Nachweis des Ausschlusses von Versicherungsleistungen ist zwingend erforderlich.

7.4 Anlage „Kind“

Die Anlage "Kind" (FFW 041004) zum Antrag auf Beihilfe ist immer bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen der Daten auszufüllen. Bitte füllen Sie für jedes berücksichtigungsfähige Kind eine eigene Anlage aus.

PK-/Personalnummer

[Zeile 1]

Bitte tragen Sie immer Ihre **Personal-/Versorgungsnummer bzw. Personenkennziffer (PK)** ein, da sonst keine Zuordnung möglich ist.

Keine Änderung

[Zeilen 7, 18]

Sofern sich bei einem der Punkte 2 und/oder 4 keine Änderung ergeben hat, kreuzen Sie bitte das Feld „keine Änderung“ im jeweiligen Punkt an.

1. Im Familien-/Auslandskinderzuschlag berücksichtigungsfähiges Kind

[Zeilen 4 bis 6]

Änderungen innerhalb des Zeitraumes, für den Sie Aufwendungen geltend machen, kennzeichnen Sie bitte in den Feldern „im Familienzuschlag berücksichtigt ab“ und „Wegfall aus dem Familienzuschlag ab“.

2. Krankenversicherungsschutz

[Zeilen 7 bis 12]

Bei privater Krankenversicherung (auch im Basistarif) ist als Nachweis bei erstmaliger Antragstellung sowie bei jeder Tarifumstellung (nicht Beitragsänderung) eine Kopie des aktuellen Versicherungsscheines vorzulegen. Sofern in den privaten Versicherungsscheinen Abkürzungen verwendet werden, aus denen Art und Umfang der Versicherung nicht eindeutig erkennbar ist, fügen Sie bitte die Versicherungsbedingungen bei.

1 **Anlage "Kind"** PK-/Personalnummer
Für jedes Kind bitte eine eigene Anlage ausfüllen

2 **1. Im Familien-/Auslandskinderzuschlag berücksichtigungsfähiges Kind**

Name Geburtsdatum . .

Vorname Geschlecht männlich weiblich

3 im Familienzuschlag berücksichtigt ab . . Wegfall aus dem Familienzuschlag ab . .

4

5

6

7 **2. Krankenversicherungsschutz** keine Änderung:
(Erläuterungen siehe Fußnoten 3 und 4 im Antrag auf Gewährung von Beihilfe)

Private Krankenversicherung 3)	Gesetzliche Krankenversicherung 3)				Freie Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattungsanspruch 3)	Keine Krankenversicherung	ab dem (Datum)
	Pflicht-versichert (§5 SGB V)	freiwillig versichert (§9 SGB V)	Familien versichert (§10 SGB V)	Zusatztarif 4)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>

8 nein ja

9 Wird zu den Krankenversicherungsbeiträgen ein Zuschuss gewährt?

10 in Höhe von , EUR ab . .

11 in Höhe von , EUR ab . .

12 **3. Ist dieses Kind bei einer/einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?**

13 nein ja ab . .

14 bei wem Name

15 Vorname

16 Wer bezieht den Familienzuschlag?

17 Beihilfeberechtigte/r ab . .

18 andere(r) Beihilfeberechtigte(r) ab . .

19 **4. Besteht für dieses Kind eine anderweitige Beihilfeberechtigung?** keine Änderung:
(z.B. aufgrund des Erhalts von Waisengeld)

20 nein ja von . . bis . .

21 gegenüber wem

22 **5. Werden Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind, geltend gemacht?**

23 nein ja

Zuordnung der Aufwendungen zu den Belegen (Bitte Blattnummer/Belegnummer der Anlage "Zusammenstellung der Belege" eintragen):

24 / / / / / / /

Nachweis Versicherungsschein über Ausschluss liegt vor liegt bei

Abb. 7: Beispiel für Anlage "Kind"

Zu den gesetzlichen Krankenversicherungen gehören z.B. allgemeine Ortskrankenkassen (AOK), die Betriebskrankenkassen (BKK), die Innungskrankenkassen (IKK), die Ersatzkassen und die Knappschaft. Ein Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung kann z.B. nach Beamtenrecht (insbesondere als Folge eines Dienstunfalls) oder Soldatenrecht, Beamtenversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen bestehen.

Unter die Zusatztarife fallen: Pflegekostenversicherung (PfK), Ergänzungstarife zur gesetzlichen Krankenversicherung, Auslands- (Reise-) versicherungen (AR) o. ä.. Das Bestehen einer Auslands-(Reise-) Versicherung ist immer dann anzugeben, wenn Auslandsaufwendungen geltend gemacht werden. Nicht anzugeben sind Krankenhaustagegeld- und Pflegezusatzversicherungen.

Änderungen im Krankenversicherungsschutz, die sich in dem Zeitraum ergeben haben, für den Sie Aufwendungen geltend machen, kennzeichnen Sie bitte in den Feldern „ab dem (Datum)“.

5. Werden Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind, geltend gemacht?

[Zeilen 21 bis 24]

Hier handelt es sich um Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung aufgrund eines individuellen Ausschlusses wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung).

Der Nachweis des Ausschlusses von Versicherungsleistungen ist zwingend erforderlich.

7.5 Anlage „Körperverletzung“

Die Anlage "Körperverletzung" (FFW 041007) zum Antrag auf Beihilfe ist lediglich bei einer **neuen** und bislang nicht angezeigten Körperverletzung (vollständig) auszufüllen.

PK-/Personalnummer

[Zeile 1]

Bitte tragen Sie immer **Ihre Personal-/Versorgungsnummer bzw. Personenkennziffer (PK)** ein, da sonst keine Zuordnung möglich ist.

1. Verletzte Person

[Zeilen 2 bis 4]

Wählen Sie die Person aus, die eine Körperverletzung erlitten hat. Wenn es sich um das Kind handelt, geben Sie bitte den Vornamen der verletzten Person an.

1	Anlage „Körperverletzung“	PK-/Personalnummer <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr></table>																												
	<p>Entstehen Behandlungskosten aufgrund einer Körperverletzung, kann ein Schadensersatzanspruch gegen Dritte (Schädiger) in Betracht kommen, zum Beispiel aufgrund</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verkehrsunfall - Schulunfall - Gewalttat (z.B. Schlägerei) <p>Wird Beihilfe zu solchen Behandlungskosten beantragt, ist die Körperverletzung mit diesem Formular der Beihilfestelle anzuzeigen.</p> <p>Ein möglicher Schadensersatzanspruch der zu den Behandlungskosten gezahlten Beihilfe geht auf den Dienstherm über (§ 76 BBG). Hierzu werden die Rechnungen und ggf. weitere zum Schadensfall gehörende Dokumente durch die Beihilfestelle personalisiert an die für die Bearbeitung von Schadensersatzansprüchen zuständige Behörde weitergeleitet. Diese prüft den möglichen Schadensersatzanspruch und wird ihrerseits die personalisierten Dokumente ggf. an den Schädiger bzw. dessen Versicherung weiterleiten. Bei der Weiterleitung durch die Beihilfestelle wird auf die Vertraulichkeit der personenbezogenen Daten und deren Vernichtung / Löschung, wenn sie nicht mehr benötigt werden, besonders hingewiesen.</p> <p>Mit dieser Anlage ist kein Dienst oder Arbeitsunfall anzuzeigen. Die Bearbeitung zu deren Anerkennung und Erstattung der Kosten erfolgt nicht durch die Beihilfe.</p>																													
2	1. Verletzte Person																													
3	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigte/r																													
4	<input type="checkbox"/> Ehegatte / Lebenspartner/in																													
5	<input type="checkbox"/> Kind	Vorname <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr></table>																												
	2. Angaben zur Körperverletzung																													
6	Datum der Verletzung <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr></table>																													
7	Wurden vollständige Angaben bereits gemacht? ¹⁾																													
8	<input type="checkbox"/> ja mit Antrag vom <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr></table> <input type="checkbox"/> nein Körperverletzung und Beschreibung des Ereignisses: <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"><tr><td style="width: 100%;"> </td></tr></table>																													

Abb. 8: Beispiel für Anlage "Körperverletzung"

2. Angaben zur Körperverletzung

[Zeile 5]

Bitte geben Sie das Datum an, wann sich die Körperverletzung ereignet hat.

[Zeilen 6 bis 7]

Wenn vollständige Angaben bereits geltend gemacht wurden, tragen Sie das Antragsdatum ein, mit welchem Sie die Körperverletzung bereits angezeigt haben.

[Zeile 8]

Geben Sie hier bekannt, um welche Körperverletzung es sich handelt. Versuchen Sie das Ereignis zu beschreiben, welche die Verletzung herbeigeführt hat.

Bei einem anerkannten Dienstunfall machen Sie die Aufwendungen bitte direkt bei der zuständigen Personalstelle geltend.

7.6 Anlage „Ausland“

Die Anlage "Ausland" (FFW 041010) zum Antrag auf Beihilfe ist immer bei Abordnung ins Ausland oder bei dienstlichem Wohnsitz im Ausland auszufüllen.

Bitte nutzen Sie für Auslandsaufwendungen immer und ausschließlich das Formular **Anlage „Ausland“**.

Erläuterung bei Nutzung der Beihilfe-App einblenden

[Online-Formular]

Um die Erläuterungen für die Nutzung der Beihilfe-App anzeigen zu lassen, muss das Kästchen aktiviert werden. Die Erläuterungen stehen anschließend als letzte Seite zur Verfügung.

Bei **erstmaliger Beantragung** von Beihilfe oder Leistungen nach § 17 SGB V muss immer ein Antrag auf dem Postweg eingereicht werden. Die Beantragung per App kann erst erfolgen, wenn der Beihilfestelle bereits einmal ein vollständig ausgefüllter schriftlicher Beihilfeantrag bzw. Antrag nach § 17 SGB V vorgelegen hat und sich seit dem letzten Antrag keine Änderungen in den persönlichen Stammdaten ergeben haben.

Weitere Hinweise zur Antragstellung per App entnehmen Sie bitte der im Formular eingebundenen Erläuterung.

The screenshot shows a form titled "Anlage „Ausland“" with the instruction "Bitte immer bei Abordnung ins Ausland oder bei dienstlichem Wohnsitz im Ausland ausfüllen." There is a checkbox labeled "Erläuterung bei Nutzung der Beihilfe-App einblenden" which is checked. To the right is a field for "PK-/Personalnummer" with a yellow placeholder. Below this is a section "1. Ausländische Postanschrift" with a "keine Änderung" checkbox and a "gültig von" date field.

Abb. 9: FFW-Formular Anlage "Ausland"

PK-/Personalnummer

[Zeile 1]

Bitte tragen Sie immer Ihre **Personal-/Versorgungsnummer bzw. Personenkennziffer (PK)** ein, da sonst keine Zuordnung möglich ist.

Die Nummer kann aus Zahlen als auch aus Buchstaben (bspw. Ihrem Namen) bestehen. Diese **finden Sie in Ihrem Beihilfebescheid** ab der Seite 2 in der Kopfzeile (oben links) als Personalnummer.

The screenshot shows a document header with "Personalnummer: 70018006" and "Seite 2 von 3". Below is a section "Festsetzung zum Beihilfeantrag vom 27.05.2018" followed by a table with 10 columns: Beleg-Nr., Person, Rechnungsdatum, Rechnungsbetrag (EUR), Kosten-erstattung rechnerisch (EUR), Dem Grunde nach beihilfe-fähig (EUR), Beihilfefähig nach Abzug evtl. Eigenbehalte (EUR), Bemessungssatz (v.H.), Beihilfe (EUR), and Hinweis.

Beleg-Nr.	Person	Rechnungsdatum	Rechnungsbetrag (EUR)	Kosten-erstattung rechnerisch (EUR)	Dem Grunde nach beihilfe-fähig (EUR)	Beihilfefähig nach Abzug evtl. Eigenbehalte (EUR)	Bemessungssatz (v.H.)	Beihilfe (EUR)	Hinweis
1	1	00.05.2018	00.05	5.70	00.05	00.05	00.00	00.10	

Abb. 10: Ausschnitt aus dem Beihilfebescheid

1. Ausländische Postanschrift

[Zeile 2]

Sofern sich bei der Postanschrift keine Änderung ergeben hat, kreuzen Sie bitte das Feld „keine Änderung“ an. Die erneute Angabe der bereits bekannten Adresse ist nicht erforderlich.

[Zeilen 3 bis 6]

Geben Sie hier Ihre ausländische Postanschrift mit Landesangabe an. Teilen Sie auch den Gültigkeitsbereich der ausländischen Postanschrift mit.

2. Auszahlung der Beihilfe

[Zeile 7]

Sofern sich bei der Auszahlung der Beihilfe keine Änderung ergeben hat, kreuzen Sie bitte das Feld „keine Änderung“ an.

[Zeilen 8 bis 9]

Wählen Sie hier aus, wie die Auszahlung der Beihilfe erfolgen soll. Falls das Konto uns noch nicht bekannt ist, teilen Sie uns bitte diese mit der Anlage „Beihilfeberechtigter“ (gültig ab Juni 2020) mit.

Die **bar Auszahlung** ist nur für die Beschäftigten des Auswärtigen Amtes im Ausland möglich.

3. Angaben zur Beschäftigungsart

[Zeilen 10 bis 11]

Wählen Sie hier aus, welcher Statusgruppe Sie angehören.

Bitte immer die aktuell zutreffende Beschäftigungsart auswählen.

Bei Versorgungsempfängern ist die Anlage „Ausland“ nur zur Mitteilung der ausländischen Adresse zu nutzen. Die Bestätigung im nächsten Punkt 4 ist damit nicht notwendig.

4. Bestätigung bei dienstlichem Auslandsaufenthalt durch zuständige Stelle

[Zeilen 12 bis 22]

Wenn ausländische Aufwendungen nicht in einem EU-Mitgliedsstaat entstanden sind und im Krankheitsfall über 1000 Euro betragen, müssen (unabhängig davon, ob der Antrag in Papierform oder per Beihilfe-App gestellt wird) die Ortsüblichkeit und Angemessenheit ausländischer Aufwendungen im Zusammenhang mit dienstlichen Auslandsaufenthalten durch eine hierzu befugte Stelle im Ausland bestätigt werden.

Der gesamte Abschnitt 4 der Anlage „Ausland“ dient dieser Bestätigung.

Zu den zuständigen Stellen zählen z.B. Auslandsvertretung, Verwaltungsleitung der Auslandsschule, Auslandsbeschäftigungsstelle, Truppenarzt oder Vertrauensarzt/-ärztin der Auslandsvertretung.

Das Erfordernis der Bestätigung entfällt für Aufwendungen, die im EU-Ausland entstanden sind, und für ärztliche und zahnärztliche Aufwendungen unter 1.000 Euro im Krankheitsfall.

Für Beschäftigte des Auswärtigen Amtes: Nutzen Sie bitte das Weiterleitungsschreiben bzw. Begleitschreiben gemäß RES 135-6, ggf. nebst Anlagen.

[Zeile 13]

Beim online Ausfüllen dieses Formulars wird die Gesamtsumme des Rechnungsbetrages (Abschnitt 5, Seite 2) an diese Stelle automatisch übernommen.

Beim Ausfüllen des Abschnitts „5. Zusammenstellung der Belege“ per Hand, tragen Sie bitte die Gesamtsumme (Zeile 42) unbedingt hier manuell ein.

[Zeile 18]

Bitte hier die abweichenden Bemerkungen eintragen. Sofern der Platz des Bemerkungsfelds nicht ausreicht, kann eine zusätzliche unterschriebene Seite von der befugten Person ergänzt werden.

5. Zusammenstellung der Belege

[Zeilen 23 bis 40]

Spalte „Behandelte Person“

Die behandelte Person soll mithilfe folgender Abkürzungen eingetragen werden:

B	= Beihilfeberechtigte Person,
E/L	= Ehegatte/Lebenspartner/in,
K	= Kind

Spalte „Art der Leistung“

Folgende Abkürzungen stehen für die Eintragung der Leistung zur Verfügung:

äB	= ärztliche Behandlung,
zB	= zahnärztliche Behandlung,
Fk	= Fahrkosten,
Hb	= Heilbehandlung,
Hm	= Hilfsmittel,
Kh	= Krankenhaus,
R	= Rezept,
S	= Sonstiges

Spalte „Rechnungsbetrag in Euro“

In dieser Spalte soll der Rechnungsbetrag in Euro mit dem Kurs am Tag der Rechnungsbelegung eingetragen werden. Bitte entsprechende Nachweise dem Beihilfeantrag beifügen.

[Zeile 41]

Bitte tragen Sie unbedingt die Gesamtsummen für jede ausgefüllte Spalte ein.

Beim manuellen Ausfüllen der Tabelle für die Zusammenstellung der Belege, bitte unbedingt die Gesamtsumme des Rechnungsbetrages in ausländischer Währung in das Feld Gesamtsumme (Zeile 14) übertragen.

5. Zusammenstellung der Belege							
Lfd.-Nr.	Rechnungsdatum	Behandelte Person (B, E/L, K) ⁴⁾	Art der Leistung (aB, zB, Fk, Hb, Hm, Kh, R, S) ⁵⁾	Rechnungsbetrag in ausländischer Währung	Rechnungsbetrag in Euro ⁶⁾ (EUR, Cent)	Kostenerstattung von anderer Seite (Betrag falls kein Prozenttarif)	
23	1 0 . 0 3 . 2 0 2 0	B	ä B	1 5 1 8 0 , 0 0	2 5 3 , 0 0		,
24	1 0 . 0 3 . 2 0 2 0	B	F k	6 0 0 , 0 0	1 0 , 0 0		,
25	0 5 . 0 4 . 2 0 2 0	K	z B	1 1 4 1 2 , 0 0	1 9 0 , 2 0		,
26	.			,	,		,
27	.			,	,		,
28	.			,	,		,
29	.			,	,		,
30	.			,	,		,
31	.			,	,		,
32	.			,	,		,
33	.			,	,		,
34	.			,	,		,
35	.			,	,		,
36	.			,	,		,
37	.			,	,		,
38	.			,	,		,
39	.			,	,		,
40	.			,	,		,
41	GESAMTSUMME (bitte unbedingt ausfüllen!)			2 7 1 9 2 , 0 0	4 5 3 , 2 0		,

Abb. 12: Beispiel Anlage "Ausland", 2. Seite

7.7 Anlage „Vollmacht“

Die Anlage "Vollmacht" (FFW 041005) zum Antrag auf Beihilfe ist auszufüllen, sofern die Bevollmächtigung eines Dritten erwünscht ist oder eine bestehende Bevollmächtigung geändert werden soll.

Bei gesetzlicher Betreuung muss die Anlage „Vollmacht“ nicht ausgefüllt werden.

Bei erstmaliger Antragstellung durch die Betreuerin/ den Betreuer sowie bei Änderung des Aufgabenkreises ist eine Ablichtung der Bestallungsurkunde beizufügen.

Personal-/Versorgungsnummer

[Zeile 1]

Bitte tragen Sie immer Ihre **Personal-/Versorgungsnummer bzw. Personenkennziffer (PK)** ein, da sonst keine Zuordnung möglich ist.

[Zeilen 11 bis 17]

Eine Beihilfegewährung im Inland erfolgt nur unbar.

Beihilfegewährung mit IBAN (International Bank Account Number) und BIC (Bank Identifier Code) sind innerhalb des Europäischen Zahlungsverkehrsraums (Single Euro Payments Area, SEPA) möglich. Zudem gehören alle Länder der EU, des EWR sowie die Schweiz.

Sie finden diese Codes auf Ihrem Kontoauszug, eventuell bereits auch auf Ihrer Bankomatkarte. Die Angabe der IBAN bzw. BIC/SWIFT ist nur notwendig, sofern Sie die Erstattung auf ein Konto eines ausländischen Finanzinstitutes wünschen.

Reichen die Schreibstellen für die Angabe Ihres Finanzinstitutes nicht aus, kürzen Sie die Angaben bitte in geeigneter Weise ab.

1	Anlage "Vollmacht"	PK-/Personalnummer
	Hiermit bevollmächtige ich die nachfolgende Person, in meinem Namen Beihilfen und Abschlagszahlungen zu beantragen, alle anderen erforderlichen Erklärungen abzugeben und die in Beihilfeangelegenheiten anfallenden Schreiben und Unterlagen entgegenzunehmen.	
2	Firma	
3		
4	Name	
5	Vorname	Anrede <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
6	Namenszusatz	Akademischer Grad
7	Straße	Hausnummer
8	Ort	PLZ
9	Land	
10	Telefonnummer	
11	<input type="checkbox"/> Die Vollmacht schließt die Befugnis zur Entgegennahme der Beihilfen und Abschlagszahlungen ein.	
12	Die Zahlung(en) sollen erfolgen auf <input type="checkbox"/> mein bekanntes Konto <input type="checkbox"/> nachstehendes Konto	
13	Kontonummer	BLZ BIC/SWIFT
14	IBAN	
15	Finanzinstitut	
16	Inhaber/in des Kontos Name	
17	Vorname	
18	<input type="checkbox"/> Bisherige Vollmachten gelten fort. Jede(r) Bevollmächtigte ist berechtigt, ohne Mitwirkung einer/s anderen Bevollmächtigten zu handeln. Bei einander widersprechenden Anträgen mehrerer Bevollmächtigter gilt der Antrag desjenigen/derjenigen, der/die seine/ihre Vollmacht zuletzt erhalten hat.	
19	<input type="checkbox"/> Bisherige Vollmachten werden hiermit widerrufen.	
20	Die Vollmacht gilt ab folgendem Datum	
21	bis	<input type="checkbox"/> unbegrenzt
22	Datum, Unterschrift des/der Vollmachtgebers/-in	Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten
23	Der/die Bevollmächtigte wird wie folgt zeichnen: Unterschrift der/des Bevollmächtigten	

Abb. 13: Beispiel für Anlage "Vollmacht"

Haben sich Ihre Anschrift oder Ihre Bankverbindung geändert, teilen Sie dies Ihrer Beihilfestelle bitte umgehend mit.

Hat sich Ihre **Bankverbindung geändert, teilen** Sie dies Ihrer Beihilfestelle bitte **umgehend mit**.

Barzahlungen sind nur über die Auslandsvertretungen des Bundes an deren Bedienstete möglich.

[Zeilen 18 bis 23]

Kreuzen Sie bitte zwingend an, ob die bisherige(n) Vollmacht(en) weiterhin gültig ist(sind) oder mit dieser Vollmacht widerrufen werden soll(en).

Die Vollmacht ist nur gültig, wenn sowohl die beihilfeberechtigte Person als auch die/der Bevollmächtigte **unterscrieben** haben.

7.8 Antrag auf Abschlagszahlung

(§ 51 Abs. 8 BBhV)

Zum Schutz der beihilfeberechtigten Personen vor außergewöhnlich hohen finanziellen Belastungen kann ein Antrag auf Abschlagszahlung (§ 51 Abs. 8 BBhV) (XXXXX) gestellt werden, beispielsweise bei einer Verpflichtung zur „Anzahlung“ bei der Aufnahme in eine Rehabilitationsmaßnahme oder bei einmaligen, absehbar hohen Kosten für die Anschaffung eines teuren Arznei- oder Hilfsmittel. Der einmalige Abschlag wird nach Vorlage der zur Abrechnung notwendigen Belege mit der Beihilfe verrechnet.

7.9 Antrag auf wiederkehrende Abschlagszahlungen

(§ 51 Abs. 8 BBhV)

Zum Schutz der beihilfeberechtigten Personen vor außergewöhnlich hohen finanziellen Belastungen im Falle von chronischen Erkrankungen oder wiederkehrend hohen Medikamentenaufwendungen gibt es die Möglichkeit, einen Antrag auf wiederkehrende Abschlagszahlungen (§ 51 Abs. 8 BBhV) (XXXXX) zu stellen. Hierdurch können Abschlagszahlungen für bis zu 12 Monaten im Voraus beantragt werden, die zur Abrechnung notwendigen Belege sind nach Ablauf des Bewilligungszeitraumes oder bei vorzeitiger Beendigung durch Wegfall der Voraussetzungen der Beihilfestelle vorzulegen.