|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Evangelische Kirche in Mitteldeutschland  **Beihilfestelle**  Zinzendorfplatz 3  **99192 Nesse-Apfelstädt** | | | | | | | | | | | | | | | Eingangsstempel | | | | | | | | |
| **Antrag auf Beihilfe**  **In Krankheits- und Pflegefällen nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Angaben zum/r Antragssteller/in** (Beihilfeberechtigte/r) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name: | | | | | |  | | | | | | | | | Amtsbezeichnung: | | | | | | | | |
| Vorname: | | | | | |  | | | | | | | | | Telefon:  E-Mail: | | | | | | | | |
| Geburtsdatum | | | | | |  | | | | | | | | | E-Mail: | | | | | | | | |
| Straße: | | | | | |  | | | | | | | | | PLZ / Ort: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Das **Antragsformular** ist **vollständig bei den zutreffenden Punkten auszufüllen** bzw. anzukreuzen! Bitte fügen Sie dem Antrag ein Ergänzungsblatt bei, falls der im Antragsformular vorgesehene Platz für die erforderlichen Angaben nicht ausreicht.  \_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1** | **Familienstand** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **□** ledig **□** verheiratet seit: …………… **□** Lebenspartnerschaft seit: ……………  **□** verwitwet seit: …………… **□** rechtskräftiggeschieden seit: …………… **□** Sonstiges: …………… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2** | **Kranken- und Pflegeversicherungsschutz**  (Es ist der Versicherungsschein bzw. die Versicherungskarte in Kopie vorzulegen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Es sind nur Kinder unter 25 Jahren mit dem Vornamen und Geburtsdatum anzugeben** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | P r i v a t  versichert | | G e s e t z l i c h | | | | | | | | | kein  KV-Schutz | |
| pflicht- | | freiwillig | | | | familien- | | |
| versichert | | | | | | | | |
| Antragsteller/in | | | | | | | | | | **□** | | **□** | | | **□** | | | **□** | | | **□** | |
| Ehegatte/in / Lebenspartner/in | | | | | | | | | | **□** | | **□** | | | **□** | | | **□** | | | **□** | |
| 1. Kind | | | | |  | | | | | **□** | | **□** | | | **□** | | | **□** | | | **□** | |
| 2. Kind | | | | |  | | | | | **□** | | **□** | | | **□** | | | **□** | | | **□** | |
| 3. Kind | | | | |  | | | | | **□** | | **□** | | | **□** | | | **□** | | | **□** | |
| 4. Kind | | | | |  | | | | | **□** | | **□** | | | **□** | | | **□** | | | **□** | |
| 5. Kind | | | | |  | | | | | **□** | | **□** | | | **□** | | | **□** | | | **□** | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3** | **Angaben zur Antragstellerin/zum Antragsteller:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.1** | | | | Besteht für Sie oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine anderweitige Beihilfeberechtigung? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **□ ja** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **□ nein** |
| Name, Vorname: | | | | | | | | Anspruch | | | | | | | Gegenüber wem?  Ab wann? | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | **□** aufgrund des Erhalts von Versorgungsbezügen | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | **□** aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst, bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen usw. | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | **□** aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | **□** als Arbeitnehmer | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | **□** als Beamter | | | | | | |  | | | | | | |
| **3.2** | | | | **Sind Sie oder Ihr/e berücksichtigungsfähige/r Ehegatte/in bzw. Lebenspartner/in ohne Bezüge beurlaubt?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **□ ja**, vom …………… bis …………… **□ nein**  **□**  Elternzeit **□**  sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben): …………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **3.3** | | | | **Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt? (z.B. vom Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **□ ja** | **□ nein** |  | | Welche Person  (Name, Vorname) | ab dem | Höhe des monatlichen Zuschusses | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4** | **Werden Aufwendungen für den/die nicht selbst beihilfeberechtigte/n Ehegatten/in bzw. Lebenspartner/in geltend gemacht?**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **□ ja** | **□ nein** | |  | | Name, Vorname des Ehegatten | | Geburtsdatum | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Unterschreitet der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 (3) i.V.m. (5a) EStG) der/des**  **Ehegattin/en bzw.** **der/des Lebenspartnerin/s den Betrag von …………. Euro**  **im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe (§6 (2) BBhV)?**  **□ ja**, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung; der Steuerbescheid von ……………… ist beigefügt  **□ ja**, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **□ nein** | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5** | **Angaben zu Kindern, die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind:**  (Bitte alle Kinder angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen geltend gemacht werden) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vorname  (ggf. abweichender Familienname) | | | | | | | | | | | bei Kindern in Berufsausbildung bzw. Studium | | | | | | | | | |  | |
| Art der Ausbildung | | | | Beginn | | | voraussichtl. Ende | | |
| 1. | |  | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 2. | |  | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 3. | |  | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 4. | |  | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 5. | |  | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |
| **5.1** | | | | **Ist ein Kind bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **□ ja**, Kind: …………………………… bei: ……………………………………….  ab / von …………… bis …………… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **□ nein** | |
| **6** | **entfallen** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **7** | **Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder anderen schädigenden Ereignis?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **□ ja**, die Unfallangaben **□** liegen vor  **□** liegen noch nicht vor, dann weiter bei **Nummer 7.1** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **□ nein** | |
| **7.1** | | | | **Um welchen Unfall oder anderes schädigendes Ereignis handelt es sich?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **□** | Dienstunfall | | | | | | | | **□** | Arbeitsunfall | | | **□** | | | Schulunfall | | | | |  | |
| **□** | Sonstiger Unfall \*) | | | | | | | | **□** | anderes Schadensereignis\*\*) | | | | | | | | | | |
| Datum des Unfalls: …………… (Die betreffenden Belege bitte mit „**Unfall**“ kennzeichnen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*) sonstige Unfälle: z.B. Verkehrsunfall, Sportunfall, Unfall im häuslichen Bereich, Kindertageseinrichtung, Universität  \*\*) andere Schadensereignisse sind z.B. Berufskrankheiten | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Unfallschilderung** (ggf. Beiblatt beifügen): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7.2** | | | | **Kommt für die unfall- / schadensbedingten Aufwendungen ein Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Schadenersatz in Betracht?**  (Zu den Ansprüchen auf Kostenerstattung gehören auch Ansprüche z.B. gegen Schulträger, Sportvereine.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Erstattungspflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8** | **Angaben bei dauernder Pflegebedürftigkeit** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name, Vorname der pflegebedürftigen Person: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8.1** | | | | **Angaben zur Pflegeversicherung der pflegebedürftigen Person** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Für die pflegebedürftige Person besteht seit: ……………  Versicherungsschutz bei: | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **□** **private** Pflegeversicherung | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **□**  **gesetzliche** Pflegeversicherung  **□** als Mitglied / Versicherte/r  **□**  als Familienversicherte/r  **□**  bei Antragsteller/in  **□**  bei Ehegatten/in bzw. eingetragenen/er Lebenspartner/in | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **8.2** | | | | **Angaben zur Pflegeeinstufung** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | Bitte legen Sie bei der erstmaligen Beantragung von Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit bzw. bei der Änderung der bisherigen Pflegeeinstufung den Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung vor.  **Festgestellter Pflegegrad** **□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 seit:** ………………….  Der Bescheid der Pflegeversicherung □ ist beigefügt  □ wird nachgereicht  □ liegt vor. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8.3** | | | | **Wird eine Pauschalbeihilfe für häusliche Pflege geltend gemacht?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | □ ja | □ nein | | | | Name der Pflegbedürftigen Person | | Name der Pflegeperson  (Person, die die Pflege übernommen hat) | Zeitraum (von – bis) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8.4** | | | | **Werden Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson abgeführt?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **□ ja**, Antragszeitraum vom …………… bis …………… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **□ nein** | | |
| Eine Mitteilung der Pflegeversicherung zur Rentenversicherung der Pflegeperson \*)  **□** ist beigefügt **□** liegt vor **□** wird nachgereicht  \*) Es handelt sich um die Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der Pflegeperson, soweit Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI i.v.m. § 44 SGB XI besteht.  **Bitte legen Sie die Erstmitteilung und jede Änderung der Mitteilung vor!** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson/en | | | | | | | | | | | | | | | Dauer der Pflege in Stunden/Woche  (je Pflegeperson) | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **8.5** | | | | **Angaben zu den in Anspruch genommenen Pflegeleistungen**  (Werden mehrere Arten der Pflege in Anspruch genommen, **bitte entsprechende Pflegearten ankreuzen**.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **□** häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte (z.B. Pflegedienst, Vertrags- bzw. Berufspflegekräfte)  **□** häusliche Pflege durch andere geeignete Person = Pflegeperson (z.B. Familienangehöriger)  **□** teilstationäre Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung  **□** vollstationäre Pflege  **□** Kurzzeitpflege  **□** Ersatzpflege bei Verhinderung der Pflegeperson  **□** zusätzliche Betreuungsleistungen  **□** vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8.6** | | | | **Enthalten die Aufwendungen für Pflegeleistungen Unterbrechungszeiträume?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **□ ja** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **□ nein** | |
| Unterbrechung der Pflege wegen:  **□** Krankenhausaufenthalt  **□** stationäre Rehabilitation / Kur  **□** Urlaub der pflegebedürftigen Person  **□** Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson  **□** Sonstiges: .............................................................................. | | | | | | | | | | | | | | | von | | | | bis | |  | |
| **8.7** | | | | **Wird bei vollstationärer Pflege Beihilfe zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten (§ 39 (2) und (3) BBhV) beantragt, weil die Aufwendungen den Eigenanteil des Einkommens übersteigen?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **□ ja**,  dann füllen Sie bitte die Angaben zum Einkommen bei erstmaliger Beantragung von Beihilfe oder bei Änderung der Einkommensverhältnisse aus und **legen Sie die Nachweise über Einkünfte, Bezüge, Renten usw. vor**. Bei erstmaliger Beantragung und bei Änderung fügen Sie bitte einen Nachweis zur Höhe der **Pflegeheimsätze** bei. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **□ nein** | |
| Einkommen | | | | | | | | | | | | | | Antragsteller/in  in Euro, Cent | | | Ehegatte/in bzw. Lebenspartner/in  in Euro, Cent | | | |  | |
| Dienstbezüge (brutto, einschließlich Altersteilzeitzuschlag, ohne kinderbezogenen Anteil des Familienzuschlags) | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |
| Versorgungsbezüge (brutto nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften, ohne Unfallausgleich, Unfallentschädigung und kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag) | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |
| Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung ohne Beitragszuschuss und vor Abzug der Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsbeiträge | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |
| Zahlbetrag aus einer Alters- und Hinterbliebenenversorgung | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |
| Arbeitsentgelt (brutto) aus nichtselbständiger Arbeit und Entgeltersatzleistungen | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |
| Laufendes Erwerbseinkommen z.B. Einkünfte aus selbständiger Arbeit | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |
| **9** | **Bankverbindung für die Auszahlung der Beihilfe** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IBAN: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| BIC: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Kontoinhaber/in** (Name, Vorname)**:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechtigung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt. Nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich sofort der Beihilfestelle anzeigen. Die erforderlichen Belege über bereits entstandene Aufwendungen sind in Kopie beigefügt.**  Ort, Datum: Unterschrift: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bei Bevollmächtigung: | | | | | | | | □ Vollmacht liegt vor  □ Vollmacht liegt bei | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zusammenstellung der Aufwendungen zum Antrag auf Beihilfe**  Bitte Belege nach Zugehörigkeit des **Beihilfeberechtigten (B)** , des **Ehegatten (E)** und der **Kinder (K)** kennzeichnen | | | | | | | |
| Beleg-  Nr. | Datum der  Rechnung | B | E | K | Art der Leistung (z.B. Arzt, Zahnarzt, Fahrtkosten, Labor, Krankenhaus,  Rezept, Hilfsmittel, Therapie) | Rechnungsbetrag | Kostenerstattung von anderer Seite, falls kein Prozenttarif |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Summe der Rechnungsbeträge**: | | | | | |  |  |