|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Evangelische Kirche in MitteldeutschlandBeihilfestelleZinzendorfplatz 3**99192 Neudietendorf** |  | Eingangsstempel |
| Bitte folgende Formulare zusenden |
| [ ]  Beihilfeantrag |
| **[ ]** Kurzantrag |

**Kurzantrag auf Beihilfe**

**In Krankheits- und Pflegefällen**

**nach den Beihilfevorschriften des Bundes**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname, Amtsbezeichnung | Geburtsdatum | Beihilfe-Nr. |
|  |  |  |

1.-6. und 11. Es haben sich gegenüber meinem letzten Beihilfeantrag vom

 **[ ]** keine Änderungen ergeben

 **[ ]**  Änderungen ergeben. Diese betreffen

 1. **[ ]**  das Beschäftigungsverhältnis

 2. **[ ]**  im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

 3. **[ ]**  den Krankenversicherungsschutz für Sie bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige

 4.1. **[ ]**  die anderweitige Beihilfeberechtigung für Sie bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige

 4.2. **[ ]**  die Gewährung eines Zuschusses zu den Krankenversicherungsbeiträgen (z.B. vom Arbeitgeber oder RV-Träger)

 5. **[ ]**  die Berücksichtigungsfähigkeit eines Angehörigen bei einem anderen Beihilfeberechtigten

 6. **[ ]**  die Berücksichtigungsfähigkeit des Ehegatten (Änderung des Familienstandes) oder

 **[ ]**  die Höhe des Einkommens des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten

 11. **[ ]**  die Bankverbindung

 Zur Gewährleistung einer zügigen Beihilfebearbeitung tragen Sie hier bitte ein, inwiefern sich Veränderungen ergeben haben

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

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  nein | [ ]  ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben [ ]  ja (Unfallschilderung beifügen) es handelt sich um: |
| **[ ]**  einen Dienstunfall **[ ]**  einen Arbeitsunfall **[ ]**  einen Schulunfall **[ ]**  einen sonstigen Unfall **[ ]**  ein anderes schädigendes Ereig- nis (z. B. Berufskrankheit)  |
| Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr)? – Bitte auch die Belege mit Hinweis „Unfall“ versehen |
| Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht?**[ ]**  Ja **[ ]**  Nein |
| Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Ersatzpflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer |

8. Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen (als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Heilbehandler usw.) geltend gemacht?

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  nein | [ ]  ja, der Behandelnde ist [ ]  Ehegatte [ ]  Kind [ ]  Elternteil der behandelten Person |
| Belegnummer (bitte Nachweis über entstandene Sachkosten beifügen) |

9. Wird eine Pauschalbeihilfe für häusliche Pflege geltend gemacht?

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  nein | [ ]  ja Leistungszusage mit Pflegegrad der Pflegeversicherung [ ]  liegt vor [ ]  liegt bei |
| Name der pflegebedürftigen Person | Name der Pflegeperson | Pflegegrad[ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  5 |
| Zeitraum (vom – bis zum) | Unterbrechung der PflegeGrund  | [ ]  nein [ ]  ja – Zeitraum (von – bis zum)  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  nein | [ ]  ja (folgende) |
| Um welche Aufwendungen handelt es sich? (Beleg-Nr) | Betrag | Nachweis – Versicherungsschein über Ausschluss usw. bitte beifügen, soweit nicht vorliegend |

11 Auszahlung der Beihilfe

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten | Betrag | am (Datum) |
| [ ]  nein [ ]  ja |  |  |

**Erklärung**

|  |
| --- |
| Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechnung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigefügt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen. |
| Ort, Datum |  |
|  | [ ]  Vollmacht liegt vor[ ]  Vollmacht liegt bei |
| Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten oder des Bevollmächtigten |  |
|  |  |

**Zusammenstellung der Aufwendungen**

|  |
| --- |
| Vom Antragsteller auszufüllenBitte nach Belegen des Beihilfeberechtigten (B) , des Ehegatten (E) und der Kinder (K) sortiert eintragen und ankreuzen |
| BelegNr. | Datum derRechnung | B | E | K | Art der Leistung (z.B. ärztl. Behandlung, Krankenhaus, Rezept, Hilfsmittel) | Betrag | 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 |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |
| 22 |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |
| 23 |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |
| 24 |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |
| 25 |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  **0,00 €** |  **0,00 €** |