|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Evangelische Kirche in Mitteldeutschland  Beihilfestelle  Zinzendorfplatz 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 Pflege  Grund | 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 auszufüllen  Bitte nach Belegen des Beihilfeberechtigten (B) , des Ehegatten (E) und der Kinder (K) sortiert eintragen und ankreuzen | | | | | | | |
| Beleg  Nr. | Datum der  Rechnung | 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 €** |