

Evangelische Kirche in Mitteldeutschland

**Beihilfestelle**

Zinzendorfplatz 3

**99192 Nesse-Apfelstädt**

**Antrag auf Beihilfe**  
**In Krankheits- und Pflegefällen nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)**

**Angaben zum/r Antragssteller/in** (Beihilfeberechtigte/r)

Name:		Amtsbezeichnung:
Vorname:		Telefon:
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.

<b>1</b>	<b>Familienstand</b>				
	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit: ..... <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft seit: ..... <input type="checkbox"/> verwitwet seit: ..... <input type="checkbox"/> rechtskräftig geschieden seit: ..... <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....				
<b>2</b>	<b>Kranken- und Pflegeversicherungsschutz</b>				
	(Es ist der Versicherungsschein bzw. die Versicherungskarte in Kopie vorzulegen)				
	<b>Es sind nur Kinder unter 25 Jahren mit dem Vornamen und Geburtsdatum anzugeben</b>				
		Privat versichert	Gesetzlich		kein KV-Schutz
			pflicht-	freiwillig versichert	familien-
	Antragsteller/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ehegatte/in / Lebenspartner/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3	<b>Angaben zur Antragstellerin/zum Antragsteller:</b>		
	3.1	Besteht für Sie oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine anderweitige Beihilfeberechtigung?	
	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
	Name, Vorname:	Anspruch	Gegenüber wem? Ab wann?
		<input type="checkbox"/> aufgrund des Erhalts von Versorgungsbezügen	
		<input type="checkbox"/> aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst, bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen usw.	
		<input type="checkbox"/> aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses	
		<input type="checkbox"/> als Arbeitnehmer	
		<input type="checkbox"/> als Beamter	
	3.2	Sind Sie oder Ihr/e berücksichtigungsfähige/r Ehegatte/in bzw. Lebenspartner/in ohne Bezüge beurlaubt?	
<input type="checkbox"/> ja, vom ..... bis .....			
<input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben): .....			
3.3	Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt? (z.B. vom Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger)		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Welche Person (Name, Vorname)		ab dem	Höhe des monatlichen Zuschusses
4	<b>Werden Aufwendungen für den/die nicht selbst beihilfeberechtigte/n Ehegatten/in bzw. Lebenspartner/in geltend gemacht?</b>		
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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)?		<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung; der Steuerbescheid von ..... ist beigefügt			
<input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr			

5	<b>Angaben zu Kindern, die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind:</b> (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	<b>Ist ein Kind bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig?</b>			
<input type="checkbox"/> ja, Kind: ..... bei: ..... ab / von ..... bis .....			<input type="checkbox"/> nein	
6	<b>entfallen</b>			
7	<b>Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder anderen schädigenden Ereignis?</b>			
	<input type="checkbox"/> ja, die Unfallangaben <input type="checkbox"/> liegen vor <input type="checkbox"/> liegen noch nicht vor, dann weiter bei <b>Nummer 7.1</b>			<input type="checkbox"/> nein
	7.1	<b>Um welchen Unfall oder anderes schädigendes Ereignis handelt es sich?</b>		
	<input type="checkbox"/> Dienstunfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall *) <input type="checkbox"/> 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				
<b>Unfallschilderung</b> (ggf. Beiblatt beifügen):				
7.2	<b>Kommt für die unfall- / schadensbedingten Aufwendungen ein Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Schadenersatz in Betracht?</b>			
(Zu den Ansprüchen auf Kostenerstattung gehören auch Ansprüche z.B. gegen Schulträger, Sportvereine.)				
Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Erstattungspflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer:				

<b>8</b>	<b>Angaben bei dauernder Pflegebedürftigkeit</b>	
Name, Vorname der pflegebedürftigen Person:		
<b>8.1</b>	<b>Angaben zur Pflegeversicherung der pflegebedürftigen Person</b>	
	Für die pflegebedürftige Person besteht seit: .....	
	Versicherungsschutz bei:	
	<input type="checkbox"/> <b>private</b> Pflegeversicherung	
	<input type="checkbox"/> <b>gesetzliche</b> Pflegeversicherung <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> als Mitglied / Versicherte/r</li> <li><input type="checkbox"/> als Familienversicherte/r <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> bei Antragsteller/in</li> <li><input type="checkbox"/> bei Ehegatten/in bzw. eingetragenen/er Lebenspartner/in</li> </ul> </li> </ul>	
<b>8.2</b>	<b>Angaben zur Pflegeeinstufung</b>	
	Bitte legen Sie bei der erstmaligen Beantragung von Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit bzw. bei der Änderung der bisherigen Pflegeeinstufung den Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung vor.	
	<b>Festgestellter Pflegegrad</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <b>seit:</b> .....	
	Der Bescheid der Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> ist beigefügt	
	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht	
	<input type="checkbox"/> liegt vor.	
<b>8.3</b>	<b>Wird eine Pauschalbeihilfe für häusliche Pflege geltend gemacht?</b>	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Name der Pflegebedürftigen Person	Name der Pflegeperson <small>(Person, die die Pflege übernommen hat)</small>
	Zeitraum (von – bis)	
<b>8.4</b>	<b>Werden Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson abgeführt?</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>ja</b> , Antragszeitraum vom ..... bis .....	<input type="checkbox"/> <b>nein</b>
	Eine Mitteilung der Pflegeversicherung zur Rentenversicherung der Pflegeperson *)	
	<input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> 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.	
	<b>Bitte legen Sie die Erstmitteilung und jede Änderung der Mitteilung vor!</b>	
	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:

von

bis

- Krankenhausaufenthalt
- stationäre Rehabilitation / Kur
- Urlaub der pflegebedürftigen Person
- Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson
- Sonstiges: .....

**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,

nein

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.

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			

<b>9</b>	<b>Bankverbindung für die Auszahlung der Beihilfe</b>	
	IBAN:	
	BIC:	
<b>Kontoinhaber/in</b> (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 beigelegt.

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 <u>kein</u> Prozenttarif
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
16		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
18		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
20		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
21		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Summe der Rechnungsbeträge:</b>							