

Evangelische Kirche in Mitteldeutschland
Beihilfestelle

Zinzendorfplatz 3

99192 Neudietendorf

Eingangsstempel

Bitte folgende Formulare zusenden:

Beihilfeantrag

Kurzantrag auf Beihilfe

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

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

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

keine Änderungen ergeben

Es haben sich Änderungen ergeben. Diese betreffen:

1. das Beschäftigungsverhältnis
- 2.1. im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder
- 2.2. den Krankenversicherungsschutz für Sie bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige
3. die anderweitige Beihilfeberechtigung für Sie bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige
4. die Gewährung eines Zuschusses zu den Krankenversicherungsbeiträgen (z.B. vom Arbeitgeber oder RV-Träger)
- 5.1. die Berücksichtigungsfähigkeit eines Angehörigen bei einem anderen Beihilfeberechtigten
- 5.2. die Berücksichtigungsfähigkeit des Ehegatten (Änderung des Familienstandes) oder
- 5.3. die Höhe des Einkommens des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten
6. die Bankverbindung bzw. Anschrift

Zur Gewährleistung einer zügigen Beihilfebearbeitung tragen Sie hier bitte ein, welche Veränderungen sich 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 Ereignis (z. B. Berufskrankheit)

Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr. angeben) – 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. entfallen

9. Wird eine Pauschalbeihilfe für häusliche Pflege geltend gemacht?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Leistungszusage mit Pflegegrad der Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt bei
Name der pflegebedürftigen Person	Name der Pflegeperson	Pflegegrad		
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
		<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Zeitraum (vom – bis zum)	Unterbrechung der Pflege Grund	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja – Zeitraum (von – bis zum)	

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

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (folgende)			
Um welche Aufwendungen handelt es sich? (Beleg-Nr. angeben)	Betrag	Nachweis – Versicherungsschein über Ausschluss usw. bitte beifügen, soweit nicht vorliegend		

11. Auszahlung der Beihilfe

Ich habe einen Abschlag auf eine zu gewährende Beihilfe erhalten	Betrag	am (Datum)
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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

Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten oder der/des Bevollmächtigten

Vollmacht liegt bei

Zusammenstellung der Aufwendungen (Vom Antragsteller auszufüllen)

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, Labor, Krankenhaus, Rezept, Hilfsmittel, Therapie)	Betrag	Kostenerstattung von anderer Seite, falls kein 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"/>			