|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Evangelische Kirche in Mitteldeutschland  Beihilfestelle  Zinzendorfplatz 3  **99192 Nesse - Apfelstädt** |  | 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  Es handelt sich um: | ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben  ja (Unfallschilderung beifügen) |
| 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?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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. 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) |
| 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 der/des Bevollmächtigten |  |
|  |  |

**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 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |