

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 Beihilfearbeitung 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?

☐ 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 beigelegt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen. Ort, Datum Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten oder der/des Bevollmächtigten	☐ Vollmacht liegt vor ☐ 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		☐	☐	☐			
2		☐	☐	☐			
3		☐	☐	☐			
4		☐	☐	☐			
5		☐	☐	☐			
6		☐	☐	☐			
7		☐	☐	☐			
8		☐	☐	☐			
9		☐	☐	☐			
10		☐	☐	☐			
11		☐	☐	☐			
12		☐	☐	☐			
13		☐	☐	☐			
14		☐	☐	☐			
15		☐	☐	☐			
16		☐	☐	☐			
17		☐	☐	☐			
18		☐	☐	☐			
19		☐	☐	☐			
20		☐	☐	☐			