

Antrag auf Beihilfe -Kurzantrag-

Zutreffendes bitte ankreuzen.

hohe Aufwendungen _____ Gesamtbetrag (Euro)

Dieser Antrag ist nur zu verwenden,

wenn sich **keine Änderungen** gegenüber der letzten Antragstellung mit dem mehrseitigen „Antrag auf Beihilfe“ (BHF008) bei den Fragen 1 bis 11 und 18 ergeben haben und die Fragen 12 bis 16 nicht zutreffen.

Bei erstmaliger Antragstellung oder

bei Änderungen in den persönlichen Verhältnissen ist der mehrseitige „Antrag auf Beihilfe“ (BHF008) zu verwenden.

• _____
Festsetzungsstelle

(Eingangsstempel der Festsetzungsstelle)

Bitte vollständig ausfüllen und deutlich schreiben!

Antragsteller/Antragstellerin (Name, Vorname, Dienstgrad/Amts-/Dienstbezeichnung)				Personenkennziffer/Personalnummer – Bitte immer angeben! (Hinweis für Versorgungsempfänger: Die Personenkennziffer/Personalnummer kann der Mitteilung über Versorgungsbezüge entnommen werden)			

Dienststelle/Einheit/Referat, PLZ, Dienstort, Straße, Haus-Nr				Bw-Fernwahl	Hausruf	BesGr/Entgeltgruppe	
Vollständige Privatanschrift (Straße, Haus-Nr, PLZ, Ort)						Telefon (Vorwahl, Telefonnummer)	
<input type="checkbox"/> Witwer/ Witwe/ Waise	des Verstorbenen/der Verstorbenen (Vorname, Name, früherer Dienstgrad/frühere Amts-/Dienstbezeichnung)						

Ich beantrage eine Beihilfe zu den auf Seite 2 in der Zusammenstellung der Aufwendungen aufgeführten und belegten Aufwendungen.

Es haben sich keine Änderungen gegenüber der letzten Antragstellung mit dem mehrseitigen „Antrag auf Beihilfe“ (Bw-2279) bei den Fragen 1 bis 11 und 18 ergeben und die Fragen 12 bis 16 treffen nicht zu.

Auszahlung der Beihilfe

Auf die beantragte Beihilfe ist ein Abschlag gezahlt worden

an Antragsteller/Antragstellerin an das Krankenhaus
 am (Datum) über _____ EUR von (Festsetzungsstelle)

Die letzte Beihilfe wurde bewilligt
 am (Datum) von (Festsetzungsstelle)

Erstattung der Beihilfe durch Überweisung (wie bisher)

Mir ist bekannt, dass meine Angaben zum Zwecke der Beihilfearbeitung gespeichert werden.

Erklärung der beihilfeberechtigten/bevollmächtigten Person

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind, und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen, Preisnachlässe oder Gutschriften sowie außervertragliche Leistungen auf die Kosten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe, **ferner, dass ich überzahlte Beihilfen zu erstatten habe, wenn Änderungen nicht angegeben worden sind.**

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Mir ist bekannt, dass ich andernfalls gegen die mir obliegende Wahrheitspflicht verstoße und mich ggf dem Verdacht eines pflichtwidrigen Verhaltens oder gar einer Straftat aussetze.

Ich bestätige, dass der von mir vorgelegte Antrag dem amtlichen Vordruck entspricht. Änderungen habe ich nicht vorgenommen.

Datum, Unterschrift der beihilfeberechtigten/bevollmächtigten Person – **Ohne Unterschrift ist die Gewährung einer Beihilfe nicht möglich!**

Ich benötige neue Antragsformulare
 auch abrufbar unter

http://www.badv.bund.de/DE/Functions/RelatedEnts_Formulare.html?nn=398516

Von Antragsteller/Antragstellerin auszufüllen.

Zusammenstellung der Aufwendungen

Bestandteil zum Antrag auf Beihilfe

(Belege/Nachweise sind einzutragen und beizufügen. Es erleichtert die Bearbeitung des Antrages, wenn Sie die Belege der im Formular vorgegebenen Ordnung entsprechend nach Personen getrennt und innerhalb der zugeordneten Personen nach Art der Leistung geordnet eintragen.)

Personenkennziffer/Personalnummer – Bitte immer angeben! (Hinweis für Versorgungsempfänger:			
Die Personenkennziffer/Personalnummer kann der Mitteilung über Versorgungsbezüge entnommen werden)			
Personalnummer			

vom (Datum)	Name
-------------	------

Beleg-Nr	Datum der Rechnung	Art der Leistung (Arzt = A , Heilpraktiker = HP , Rezept = R , Zahnarzt = Z)	Heilmittel = HM , Hilfsmittel = H , Sanatorium = S ,	Heilkur = K , Pflegeleistung = Pfl , Stationär = Stat ,	Rechnungsbetrag EUR	Kostenerstattung von anderer Seite; falls kein Prozenttarif, Betrag in EUR	
						%	EUR

Beihilfeberechtigte Person

Summe ggf Übertrag							

Ehegatte oder Lebenspartner

Summe ggf Übertrag							

Kind(er)

Summe ggf Übertrag							

Von Antragsteller/Antragstellerin auszufüllen.

Fortsetzung der Zusammenstellung der Aufwendungen

Bestandteil zum Antrag auf Beihilfe

(Belege/Nachweise sind einzutragen und beizufügen. Es erleichtert die Bearbeitung des Antrages, wenn Sie die Belege der im Formular vorgegebenen Ordnung entsprechend nach Personen getrennt und innerhalb der zugeordneten Personen nach Art der Leistung geordnet eintragen.)

Personenkennziffer/Personalnummer – Bitte immer angeben! (Hinweis für Versorgungsempfänger:
Die Personenkennziffer/Personalnummer kann der Mitteilung über Versorgungsbezüge entnommen werden)

Personalnummer			

vom (Datum)	Name
-------------	------

Beleg-Nr	Datum der Rechnung	Art der Leistung (Arzt = A , Heilmittel = HM , Heilpraktiker = HP , Hilfsmittel = H , Rezept = R , Sanatorium = S , Zahnarzt = Z)	Heilkur = K , Pflegeleistung = Pfl , Stationär = Stat ,	Rechnungsbetrag		Kostenerstattung von anderer Seite; falls kein Prozenttarif, Betrag in EUR	
				EUR	%	EUR	

Beihilfeberechtigte Person

Übertrag von der Zusammenstellung der Aufwendungen

Summe						

Ehegatte oder Lebenspartner

Übertrag von der Zusammenstellung der Aufwendungen

Summe						

Kind(er)

Übertrag von der Zusammenstellung der Aufwendungen

Summe						