

Antrag auf Beihilfe

hohe Aufwendungen _____ Gesamtbetrag (Euro)

Hinweise:

- Zutreffendes bitte ankreuzen.**
Wenn angekreuzt, folgen Sie der Pfeilrichtung/dem Hinweis und beantworten Sie bitte die weiteren Fragen sorgfältig.
- ↓
- **Nachweiserinnerung!** Wenn Sie in der entsprechenden Spalte Eintragungen vorgenommen haben, sind Nachweise beizufügen (ab Seite 2).

Bei erstmaliger Antragstellung oder **bei Änderungen in den persönlichen Verhältnissen** sind durchgängig **vollständige Angaben notwendig!** Andernfalls kann die Beihilfe mit dem „Antrag auf Beihilfe -**Kurzantrag**-“ (BHF009) beantragt werden.

Festsetzungsstelle

(Eingangsstempel der Festsetzungsstelle)

Bitte vollständig ausfüllen und deutlich schreiben!

1 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				Personalnummer
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)			

Haben Sie schon einmal einen Antrag auf Beihilfe gestellt?

Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja, den letzten am (Datum) bei (Stelle)		
Haben sich Änderungen bei den Fragen Nr. 2 bis 8 gegenüber den Angaben im letzten Antrag auf Beihilfe ergeben?			
Nein <input type="checkbox"/> ↓ Weiter ab Nr. 9	Ja, <input type="checkbox"/> bitte beantworten Sie erneut alle Fragen vollständig ab Nr. 2:		

2	Berufssoldat/ Berufssoldatin	Soldat/ Soldatin auf Zeit	Beamter/ Beamtin	Arbeitnehmer/ Arbeitnehmerin der Bw	Auszubildender/ Auszubildende	Versorgungsempfänger/ Versorgungsempfängerin	seit (Datum)	Empfänger/ Empfängerin von Übergangsgebühren
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Beschäftigt Vollzeit <input type="checkbox"/>		Teilzeit, wöchentlich Stunden _____		Altersteilzeit vom–bis (Datum) _____		Inanspruchnahme der Regelung gem. § 11 TVUmBw <input type="checkbox"/> Ja, seit (Datum) _____ <input type="checkbox"/> Nein		
Dienst Eintritt bzw. Beschäftigungsbeginn im Bundesdienst (Datum)				Gebühnriszahlende Stelle				
Für Soldaten/Soldatinnen auf Zeit: Verpflichtungsdauer vom–bis (Datum) Jahre _____			Beurlaubung ohne Dienstbezüge (gem. § 92 Abs 1 Nr. 2 BBG) vom–bis (Datum)			Sonstige Beurlaubung ohne Dienstbezüge vom – bis (Datum)		
Mutterschutzfrist vom–bis (Datum)						Elternzeit vom–bis (Datum)		

2.1 Wenn Sie in das Ausland versetzt/kommandiert/abgeordnet worden sind:

Die Zusage der Umzugskostenvergütung (UKV) ist <input type="checkbox"/> nicht erteilt worden <input type="checkbox"/> erteilt worden	Mitflug für Personen ist (nach VMBI 1989 S. 197 Nr. 3 oder 4) <input type="checkbox"/> nicht genehmigt worden <input type="checkbox"/> genehmigt worden
---	--

3 Familienstand (auch dann anzugeben, wenn keine Aufwendungen für den Ehegatten/Lebenspartner geltend gemacht werden)											
ledig <input type="checkbox"/> ↓	Verheiratet/verpartnert seit (Datum)	getrennt lebend seit (Datum)	rechtskräftig geschieden/ aufgehoben seit (Datum)	verwitwet seit (Datum)							
Angaben zum Ehegatten/Lebenspartner: (Auch auszufüllen, wenn geschieden/aufgehoben oder verwitwet und Ansprüche aus der gemeinsamen Zeit geltend gemacht werden) Vorname; Name nur, wenn abweichend											
			Geburtsdatum								
Berufstätig Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja: a) Auszubildender/Auszubildende Nein <input type="checkbox"/> ↓ Ja , seit (Datum) als (Berufsziel)										
b) beschäftigt Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit, wöchentlich seit (Datum) bis (Datum) als (Berufsbezeichnung) Std.											
c) Arbeitgeber zu a) oder b) (Name/Firma, Anschrift)											
4 Im Familienzuschlag, bei den kinderbezogenen Entgeltbestandteilen berücksichtigungsfähige Kinder											
Lfd-Nr	Vorname; Name nur, wenn abweichend	Geburtsdatum	Schüler/ Schülerin	Auszubildender/Auszubildende / Student/Studentin / Praktikant/Praktikantin							
(1)			<input type="checkbox"/>								
(2)			<input type="checkbox"/>								
(3)			<input type="checkbox"/>								
(4)			<input type="checkbox"/>								
(5)			<input type="checkbox"/>								
Wegfall oder Unterbrechung der Berücksichtigungsfähigkeit des Kindes/der Kinder im Familien-, Orts- bzw Sozialzuschlag (z.B. Wehrdienst/Zivildienst): Zeitpunkt des Wegfalls (Datum) Unterbrechung vom–bis (Datum)			↓ Hinweis: Bei einer Ausbildung im öffentlichen Dienst bitte die Fragen Nr. 7.2.2 und 7.2.3 beantworten.								
LfdNr		LfdNr									
5 Krankenversicherung/Pflegeversicherung ● Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung des Versicherungsschutzes ist ein Nachweis (Kopie) über den Umfang beizufügen.											
5.1 Art des Versicherungsschutzes		a) Privater Kranken-/Pflegeversicherungsschutz			b) Gesetzliche Kranken-/Pflegeversicherung (z.B. AOK/Ersatzkasse/knappschaftliche Krankenversicherung)						
Nicht versichert	Beginn oder Änderung des Versicherungsverhältnisses (Datum)	Ambulant = A Prozent-tarif	Stationär = Stat Prozent-tarif	Zahnkosten = Z Prozent-tarif	Festkosten-tarif	Zusatz-tarif Wahlleistungen	Beihilfekon-former Standard-/Basistarif (mit eingeschr. ärztlichen Leistungen)	pflichtver-sichert	frei-willig ver-sichert	familien-ver-sichert	Privater Zusatztarif Wahlleistungen/Aus-landsreisekrankenvers.
● Antragsteller <input type="checkbox"/> ↓					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
● Ehegatte <input type="checkbox"/> ↓					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
● Lebenspartner <input type="checkbox"/> ↓					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
● 1. Kind <input type="checkbox"/> ↓					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
● 2. Kind <input type="checkbox"/> ↓					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
● 3. Kind <input type="checkbox"/> ↓					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
● 4. Kind <input type="checkbox"/> ↓					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
● 5. Kind <input type="checkbox"/> ↓					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
5.2 Wird ein Zuschuss/Beitragsanteil zu den Krankenversicherungsbeiträgen auf Grund eines Rentenbezuges oder berufl. Tätigkeit gewährt? (Kann der Gehalts- oder Rentenanpassungsmittel entnommen werden)											
Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja: (Name)	Monatl. Zuschuss/Beitragsanteil			seit (Datum)						
	(1)	EUR					● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.				
	(2)	EUR					● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.				
6 Gesetzliche Rente (nicht Versorgungsbezüge)											
6.1 Beziehen Sie oder eine berücksichtigungsfähige angehörige Person eine gesetzliche Rente?											
Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja: (Name)	Art der Rente	seit (Datum)		Anspruch auf Mitgliedschaft in der gesetzl. Krankenversicherung der Rentner						
	(1)				<input type="checkbox"/> besteht nicht.		<input type="checkbox"/> besteht.				
	(2)				<input type="checkbox"/> besteht nicht.		<input type="checkbox"/> besteht.				
6.2 Haben Sie oder hat eine berücksichtigungsfähige angehörige Person eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?											
Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja: (Name)	am (Datum)	Der Antrag ist beantragt								
	(1)		noch ohne Entscheidung <input type="checkbox"/> ↓		befürwortet, lt. Schreiben vom (Datum)		abgelehnt, lt. Schreiben vom (Datum)				
	(2)										

7 **Krankenhilfe, Kostenerstattung, Heilfürsorge, Anspruch nach dem Bundesversorgungsgesetz oder andere Beihilfeberechtigung**

Haben Sie oder hat eine berücksichtigungsfähige angehörige Person einen Anspruch auf

7.1 **Krankenhilfe, Kostenerstattung oder Heilfürsorge?** Z.B. eigener Beihilfeanspruch von Ehegatten, Lebenspartnern oder Kindern, Bundesversorgungsgesetz (z.B. durch anerkannte Wehrdienstbeschädigung), Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen

Nein Ja: • Nachweis (Kopie) ist beizufügen.

7.2 **eine sonstige eigene (andere) Beihilfeberechtigung?**

Nein Ja, aufgrund: 7.2.1 einer beamtenrechtlichen Versorgung → 7.2.2 eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst → 7.2.3 eines Beschäftigungsverhältnisses bei sonstigen Körperschaften/Anstalten/Stiftungen des öffentlichen Rechts → 7.2.4 eines Abgeordnetenverhältnisses → Wer? (Name der anspruchsberechtigten Person) als Beamter/Beamtin Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin Versorgungsempfänger/Versorgungsempfängerin Berufssoldat/Berufssoldatin Soldat auf Zeit/Soldatin auf Zeit gegenüber (z.B. Bund/Land/Gemeinde) seit (Datum)

8 **Ist ein angehöriges Kind bei einer anderen beihilfeberechtigten Person ebenfalls berücksichtigungsfähig?**

Nein Ja: Wer? (Name) Bei wem? (Name der anderen beihilfeberechtigten Person)

9 **Nur auszufüllen, wenn Aufwendungen für den Ehegatten oder den Lebenspartner geltend gemacht werden**

9.1 **Überstiegen die Einkünfte ihres Ehegatten oder Lebenspartners im Vorvorkalenderjahr** - dazu gehören Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieben, selbständiger oder nichtselbständiger Arbeit, Kapitalvermögen, Vermietung, Verpachtung sowie Einkünfte im Sinne des § 22 des Einkommensteuergesetzes (EStG) (§ 2 Abs 3 EStG) - vor der Antragstellung auf Beihilfe den Betrag von

18.000 Euro? Nein Ja 17.000 Euro? (Gültig für Erstantragssteller nach dem 14. Februar 2009) Nein Ja

9.2 **Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich übersteigen?**

Nein Ja Nein Ja

Der Gesamtbetrag der Einkünfte ist durch Kopie des Steuerbescheides oder eines anderen gleichwertigen Nachweises im Sinne von § 2 Abs 3 EStG nachzuweisen. Nicht beihilferelevante Daten können unkenntlich gemacht werden.

10 **Nur auszufüllen bei Arbeitslosigkeit einer berücksichtigungsfähigen Person mit Anspruch auf Arbeitslosengeld/-hilfe**

Wer bezog bzw. beantragte Arbeitslosengeld/-hilfe? (Vorname, Name) vom-bis (Datum) Nachweis (Kopie) ist beizufügen.

11 **Die Nrn. 11.1 bis 11.4 sind nur auszufüllen von Versorgungsempfängern/Versorgungsempfängerinnen, Empfängern/Empfängerinnen von Übergangsgebührrnissen**

11.1 Übergangsgebührrnisse stehen Ihnen zu vom-bis (Datum) Nachweis (Kopie) ist beizufügen. 11.2 Werden oder sind Sie Student/Studentin? Voraussichtlich ab/seit (Datum) 11.3 Sind Sie in der Fachausbildung? Nein Ja

11.4 **Sind Sie berufstätig?**

Nein Ja, seit (Datum) als (Berufsbezeichnung) Arbeitgeber (Name/Firma, Anschrift) Sind oder waren Sie aufgrund dieser Tätigkeit selbst beihilfeberechtigt? Nein Ja Handelt es sich um eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit? Nein Ja

12 **Nur auszufüllen bei Unfällen/Schadensereignissen jeglicher Art** (ggf Unfallfragebogen bei der Beihilfestelle anfordern)

12.1 **Es handelt sich um** einen Verkehrsunfall einen Dienstunfall einen Arbeitsunfall einen Schulunfall ein anderes Schadensereignis (z.B. Sportunfall, Unfall im häuslichen Bereich, Kindergarten, Universität)

12.2 **Besteht für die schadensbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung?**

(z.B. auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder beamtenrechtlichen Unfallfürsorge) Nein Ja

12.3 **Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?**

Nein Ja: Es handelt sich um die Aufwendung(en) zu Beleg Nr.: Nachweis (Kopie) ist beizufügen. Name und Anschrift des Kostenträgers bzw. der ersatzpflichtigen Person Noch ungewiss

noch 12.3

	Kurze Unfallschilderung (auch bei Bagatelverletzungen)			
13	Wurden Leistungen aus der Auslandsreisekrankenversicherung gewährt?			
	Nein <input type="checkbox"/>		Ja <input checked="" type="checkbox"/> ● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.	
14	Nur auszufüllen, wenn Auslagen/Sachkosten für die Tätigkeit eines nahen Angehörigen/einer nahen Angehörigen (Ehegatte, Lebenspartner, Kind, Elternteil) der behandelten Person geltend gemacht werden			
	14.1 Die behandelnde Person ist		14.2 Es handelt sich um die Aufwendung(en) zu	
	Ehegatte/Lebenspartner <input type="checkbox"/>	Kind <input type="checkbox"/>	Elternteil <input type="checkbox"/>	der behandelten Person Beleg Nr.: <input type="checkbox"/> ● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
15	Nur auszufüllen, wenn Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht werden, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind			
	Es handelt sich um die Aufwendung(en) zu			
	Beleg Nr.: über (EUR) <input type="checkbox"/>	Beleg Nr.: über (EUR) <input type="checkbox"/>	Beleg Nr.: über (EUR) <input type="checkbox"/>	Beleg Nr.: über (EUR) <input type="checkbox"/> ● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
	Konnten die Krankheiten durch einen Risikozuschlag versichert werden ?			
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
16	Nur auszufüllen bei dauernder Pflegebedürftigkeit			
	Name der pflegebedürftigen Person		Festgestellte Pflegestufe	
			<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall	
			Pflege <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	
	Hinweis: Änderungen der Pflegestufe sind der Festsetzungsstelle nachzuweisen.			
	Name der Pflegeperson		Pauschalisiertes Pflegegeld wird beantragt für den Monat/die Monate:	
	<input type="checkbox"/> Ich beantrage Beihilfe zu den Aufwendungen der vollstationären Pflege, die den Mindestbehalt des Einkommens übersteigen.			
	Unterbrechung der Pflege <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	am/vom–bis (Datum)	Grund	am/vom–bis (Datum) Grund
17	Nur auszufüllen, wenn ein Abschlag gezahlt worden ist			
	Auf die beantragte Beihilfe ist ein Abschlag gezahlt worden			
	<input type="checkbox"/> an Antragsteller/Antragstellerin		<input type="checkbox"/> an das Krankenhaus	
	am (Datum)	über	von (Festsetzungsstelle)	
		EUR		
18	Erstattung der Beihilfe			
	<input type="checkbox"/> durch Überweisung (wie bisher)		Bei Erstantragstellung oder Änderung der Bankverbindung	
			Name und Sitz des Geldinstituts	
			Kontoinhaber/Kontoinhaberin	
	Bankleitzahl (BLZ)		Kontonummer	
	BIC		IBAN	

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

- **Nachweiserinnerung!**
Wenn Sie in der entsprechenden Spalte Eintragungen vorgenommen haben, sind Nachweise beizufügen (ab Seite 2).

