

Antrag auf Beihilfe

Antragsteller/in Name, Vorname

Geburtsdatum

Dienststelle/Arbeitgeber

E-Mailadresse

Telefonnummer privat

Telefonnummer dienstlich

**Landeskirchenamt Kassel
-Beihilfestelle-
Wilhelmshöher Allee 330
34131 Kassel**

Bitte keine Originalbelege beifügen

Zutreffendes bitte
ankreuzen oder ausfüllen

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit der folgenden Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Leistungen (auch solche nach §§ 61 und 62 SGB V), Beitragsrückzahlungen gesetzlicher Krankenkassen, Verkaufserlöse für Hilfsmittel usw., Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen zu den geltend gemachten Aufwendungen sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

Ich bin verpflichtet, die Beihilfe für meinen Ehegatten/meine Ehegattin und die auf den erhöhten Bemessungssatz entfallende Beihilfe zurückzuzahlen, soweit die Angaben über die Höhe seiner/ihrer Einkünfte unzutreffend sind oder durch nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (z. B. durch Feststellung des Finanzamtes) unzutreffend werden.

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

Datum, Unterschrift

Gesamtbetrag
der Aufwendungen
ca.

 - €

Anzahl der Belege
(Bitte Hinweis Nr. 6 Seite 4
beachten)

Es werden Pflegeaufwendungen nach § 9 HBeihVO geltend gemacht

(Bitte zusätzlich Anlage "Pflege" ausfüllen)

Es werden Sachleistungsaufwendungen nach § 5 Abs. 5 HBeihVO geltend gemacht

(Bitte Hinweis Nr. 4 Seite 4 beachten)

Hat sich Ihre Bankverbindung geändert?

Ja Nein

Bei Änderung der Bankverbindung oder Erstantrag bitte ausfüllen:

Bankleitzahl

Kontonummer

Geldinstitut

Hat sich die Adresse, an welche der Bescheid gesandt wird, geändert?

Ja Nein

Abweichende Adresse:

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Angaben zur Beschäftigung

<input type="checkbox"/> vollbeschäftigt im öffentlichen Dienst seit	<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt im öffentlichen Dienst seit	Teilzeitbruch ____/____ Wochenstd.	<input type="checkbox"/> befristet beschäftigt von bis
<input type="checkbox"/> Erziehungsurlaub von bis	<input type="checkbox"/> Beurlaubung ohne Bezüge nach § 38a PfdG oder § 56 KiBeamtG von bis		<input type="checkbox"/> sonstige Beurlaubung ohne Bezüge von bis

Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit	<input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in seit
--	---

1 Angaben zum/zur Beihilfeberechtigten und zur Berücksichtigung von Angehörigen

Sind oder waren Sie, Ihr Ehegatte bzw. der andere Elternteil oder berücksichtigungsfähige Kinder in den letzten zwölf Monaten vor der Antragstellung berufstätig, in (Hoch-)Schul-Berufsausbildung, Wehr- Zivildienst/FSJ-leistend, arbeitslos, in Mutterschutz oder Elternzeit, Empfänger/in von Versorgungsbezügen oder Renten oder in einem Amts- oder Abgeordnetenverhältnis? Nein

Ja, und zwar für: **(bitte auch beantworten, wenn keine Aufwendungen für die Person geltend gemacht werden)**

Zum Ausfüllen der Spalte **"B"** siehe Hinweis Nr. 5 auf Seite 4

Name, Vorname	B	von TT.MM.JJJJ	-	bis TT.MM.JJJ
<input style="width:95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	-	<input style="width:95%;" type="text"/>
<input style="width:95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	-	<input style="width:95%;" type="text"/>
<input style="width:95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	-	<input style="width:95%;" type="text"/>
<input style="width:95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	-	<input style="width:95%;" type="text"/>
<input style="width:95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	-	<input style="width:95%;" type="text"/>

Für folgende Kinder steht mir Kindergeld **nicht** zu:

Name, Vorname	anderer Eltern- teil bezieht Fam.-/ Orts-/ Sozialzuschlag	Wegfall des Kindergeld- anspruchs	rückwirkender Wegfall des Kindergeld- anspruchs	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt vor
<input style="width:95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input style="width:95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Krankenversicherungsschutz

Bitte auch ausfüllen, wenn für einzelne der nachstehenden Personen keine Beihilfe beantragt wird

Person	versicherte Person Name, Vorname	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ
Person 1	Antragsteller/in	/
Person 2	Ehegatte bzw. anderer Elternteil	
Person 3	Kind	
Person 4	Kind	
Person 5	Kind	

Bezeichnung der Krankenversicherung	privat vers.	privatvers. Basistarif	freiwillig gesetzl. vers.	pflicht- vers.	familien- vers. bei 1 oder 2	rentenkran- kenversichert -KVdR-	nicht vers.
Person 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei einem Wechsel der Krankenversicherung: Bei welcher Person und wann hat dieser stattgefunden?

Name, Vorname

Zeitpunkt
TT.MM.JJJJ

3 Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

(z.B. aus Arbeitsvertrag, von BfA oder LVA, aus Dienstordnungsverhältnis)

Erhalten Sie und / oder Ihr Ehegatte / Ihre Ehegattin / Ihre Kinder einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag?

Ja Nein

Name, Vorname

Zuschuss in Euro

Nachweis
liegt bei

Nachweis
liegt vor

Name, Vorname

Zuschuss in Euro

Nachweis
liegt bei

Nachweis
liegt vor

€

4 Vorrangige Ansprüche auf Leistungen im Krankheitsfall nach anderen Rechtsvorschriften

Bestehen sonstige Ansprüche auf Leistung zu Heilbehandlungskosten (z.B. gesetzliche Krankenversicherung, Unfall-, Heilfürsorge, BVG)?

Ja Nein

Nachweis
liegt bei

Nachweis
liegt vor

5 Nur ausfüllen für Personen mit Rentenanspruch

Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?

Ja Nein

Name, Vorname

TT.MM.JJJJ

am:

6 Angaben zu dem Gesamtbetrag der Einkünfte der Ehegattin / des Ehegatten

Erhalten Ihre Ehegattin / Ihr Ehegatte im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung Einkünfte (§2 Abs. 3 EStG)? -Bitte Hinweis Nr. 3 auf Seite 4 beachten-

Ja Nein

Überstiegen die Einkünfte Ihrer Ehegattin / Ihres Ehegatte im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung den steuerlichen Grundfreibetrag nach § 32 a Abs. 1 EStG (2010 = 8.004,- €)?

Ja Nein

Wird diese Einkunftsgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten?

Ja Nein

7 Werden Aufwendungen bei Unfällen geltend gemacht?

Ja Nein

Es handelt sich um einen

Dienstunfall

Kita- / Schulunfall

Die Unfallschilderung
liegt bei

Unfall im privaten Bereich

Arbeitsunfall

Es kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?

Ja Nein

Name und Anschrift des Ersatzpflichtigen (z.B. Versicherung)

8 Werden Aufwendungen aus den nachfolgend genannten Bereichen geltend gemacht?

Ja Nein

Die Behandlung erfolgte durch einen nahen Angehörigen (Ehegatte/in, Kind oder Elternteil der behandelten Person)

Ja Nein Bitte Belege oben rechts mit **A** kennzeichnen

Versicherungsleistungen sind ausgeschlossen worden

Nachweis liegt bei Nachweis liegt vor

Ja Nein Bitte Belege oben rechts mit **L** kennzeichnen

Es wurden oder werden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) in Anspruch genommen

Ja Nein Bitte Belege oben rechts mit **G** kennzeichnen

9 Werden Aufwendungen zu einem Todesfall geltend gemacht?

Ja Nein

Name, Vorname der/des Verstorbenen

In welchem Verwandtschaftsverhältnis standen Sie zu der/dem Verstorbenen?

Todestag TT.MM.JJJJ

Sind Ihnen aus Anlass der Beisetzung Aufwendungen (ohne Überführungskosten) in Höhe von mindestens 665 € bzw. 435 € (bei Kinderbestattung) entstanden?

Ja Nein

Steht Ihnen anlässlich des Todesfalles Sterbegeld zu?

Ja Nein

zahlende Stelle

Betrag €

10 Nur ausfüllen in Geburtsfällen und bei Annahme eines Kindes

Ich beantrage den Pauschbetrag für Säuglings- und Kleinkinderausstattung

Vorname des Kindes

Bei Annahme eines Kindes unter 2 Jahren:

Tag der Aufnahme in die Familie

(Bitte Kopie der Geburtsurkunde beifügen)

Hinweise

1. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungs- bzw. Kaufdatum beantragt wurde. Bei Sachleistungen ist der in der Bescheinigung aufgeführte Behandlungs- bzw. Kauftag entscheidend. Für den Fristablauf ist der Tag des Antragseingangs bei der Beihilfefestsetzungsstelle maßgeblich. Der Bemessungssatz richtet sich nach den Verhältnissen im Zeitpunkt der Antragstellung.
2. Bei Heilbehandlungen und Hilfsmitteln sowie bei Arznei- und Verbandmitteln legen Sie bitte neben der Rechnung die Verordnung einer Ärztin/eines Arztes bzw. einer Heilpraktikerin/eines Heilpraktikers vor.
3. Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG sind neben dem um die Werbungskosten bzw. den Arbeitnehmer-Pauschalbetrag (920,- EUR) verminderten Arbeitslohn insbesondere der zu versteuernde Anteil von Renten, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Kapitaleinnahmen (gekürzt um den zzt. gültigen Sparerfreibetrag) sowie Einkünfte aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit.
4. Sachleistungsbeihilfe: Erforderlich ist zusätzlich eine Bescheinigung der Krankenversicherung über den monatlichen Krankenversicherungsbeitrag (ohne Pflegeversicherung) für die dem Antragsmonat vorausgegangenen letzten zwölf Kalendermonate.
5. Bitte tragen Sie folgende Abkürzungen ein:

- | | | | |
|------------------------|-----------|---|----------------|
| - nicht erwerbstätig = | NE | - Beschäftigt im öffentlichen Dienst = | ÖD |
| - Schulausbildung = | SB | - Hochschulausbildung = | HS |
| - Elternzeit = | EZ | - Versorgungsempfänger/in = | VE |
| - Rentenbezieher/in = | RE | - arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld oder -hilfe = | AL |
| - Berufstätig = | BT | - Wehrdienst / Zivildienst = | WD / ZD |

6. Als jeweils ein Beleg gelten z. B. mehrseitige Rechnungen mit zugehöriger Verordnung (s. Anmerkung 2) oder Rechnung über das Zahnarzt Honorar und Material- und Laborkosten.