## **BSG430**

E-Mail-Adresse:

## **Antrag auf Beihilfe**



iname	, Vorname	Dienststelle		(siehe letzte scheid)		
Ansch	nrift (Straße, Hausnummer, PLZ und Ort)	<u>I</u>		Geburtsdat	um	
□Ве	eamtin/Beamter	/in	in Tarifbe	Lschäftigte/r		
FB F	dt Würzburg Personal / Beihilfestelle 34 München Sind Aufwendungen durch eine Verletzung o Erläuterung: jegliche Art von Verletzungen – [	Bei erstn     der Beih     Bei Folge     Zu Begir     und 12 b     Zutreffendes       Für weitere A	Bitte Antra naliger Antragstellung oder a ilfestelle: Bitte alle Fragen be- eanträgen: Bitte Fragen 1 - 4 nn eines neuen Kalenderjahr eantworten. bitte ausfüllen oder ankreuzen ngaben ggf. bitte ein Beiblatt v	agsformular z auf Verlange antworten. beantworten. es bitte Frag . rerwenden.	en	
	sion" etc.; auch Sachbeschädigungen an Hilfs  ja Unfalldatum: Unfallart: Dienst-/Arbeitsunfall Freizeitunfall Unfallschilderung: Bitte unter Punkt Anmerk Kommt ein Fremdverschulden in Betracht?  ja, Name und Anschrift des Ersatzpflichtige nein  Besteht Ersatzpflicht eines Dritten (auch z.B. Trägers)?  ja, Name der Versicherung und Aktenzeich nein	Aufwendunge  Kindergarten- häuslicher Ur kungen (Seite 3) en: Unfallversicherung	ıfall ☐ sonstige	r Unfall	☐ nein	
2	Sind Aufwendungen im <b>Ausland</b> entstanden?  ig ( <b>Aufwendungen bitte kennzeichnen</b> )  Besteht eine Auslandskrankenversicherung?  ig ja, Unternehmen:  nein	Vertrags	nummer: ngsmitteilung der Versicherun	g beifügen.	☐ nein	
3	Bei Aufwendungen für <b>stationäre Aufenthalt</b> Wurde eine Vereinbarung über <b>wahlärztliche</b> ja (Bitte Kopie der <b>Wahlleistungsvereir</b>	Leistungen (Chef		en?	nein	
4	Haben sich Änderungen bei den Fragen 6 Antrag ergeben?  ja, bei Fragen:	– 14 (siehe Folges	eiten) gegenüber Ihrem le (bitte Fragen beant		☐ nein	
Ich bin damit einverstanden, dass die Beihilfestelle bei gebührenrechtlichen und medizinischen Fragen einen Beratungsarzt bzw. Gutachter hinzuziehen und hierzu auch personenbezogene Daten übermitteln kann. Für Rückfragen bei den Behandlern entbinde ich diese von der Schweigepflicht.  Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass all						
nachlä	sse zu den Aufwendungen sofort der Festsetz n mit einem entsprechenden Hinweis sowie de	zungsstelle anzuzei	gen sind und berichtigte oc			
Besc	heid versenden an: <i>Name, Anschrift</i>		(z.B. bei Bevollmächtigten	alls abweichend von o. g. Anschrift - .B. bei Bevollmächtigten, Mutterschutz, El- rnzeit, Freistellungsphase der Altersteilzeit)		
	on tagsüber:	Datum I	Intorschrift			
F-Ma	il-Δdresse·	l ⊃atum, <b>t</b>	Jnterschrift			

☐ Beihilfeberechtigte/r

☐ Bevollmächtigte/r

5	Nur ausfüllen in Pflegefäll						□ nein	
	(Bei <b>erstmaliger</b> Beantragung bitte Bescheid der Pflegeversicherung beifügen)							
	☐ Antrag auf Pflegegeld b			für	1. 2 .			
	(z.B. durch Ehegattin/E			vom	bis			
	Lebenspartner, Kinder, Unterbrechungszeitraum (			Wor führt die	Pflege durch (Nam	- Vor	-	
	nein [] ja, vom	z.b. Krankennat bis	,	name)?	rilege dulcii (Ivali	ie, voi	-	
	Grund:	Dic	,	name):				
c	Antragstellerin / Antrags	tallar						
6	Familienstand	tellel						
	Familienstand							
	Erhalten Sie <b>weitere</b> Bezü		1 30.0		100111			
	☐ Ja, als ☐ Beamtin / Beamter ☐ Versorgungsempfängerin / Versorgungsempfänger						nein	
	von:							
	Nur von Beschäftigten im	<b>aktiven</b> Dienst a	uszufüllen					
	Vollbeschäftigt seit:							
	Teilzeitbeschäftigt seit:	ΙП	Elternzeit vom	bis	Zeitanteil:			
	Ist das Beschäftigungsverl	nältnis befristet?						
	☐ Ja, vom	bis					nein	
	Sind Sie ohne Bezüge beu	ırlaubt?						
	☐ Ja, vom	bis					nein	
			(bitte Grund angeben	)				
	Wird während der Beurlau	<u> </u>	, ,	<u>,                                      </u>				
	Ja, vom	bis	als:	.•		П	nein	
	bei:		Zeitanteil (z.B.	14/40):				
7	Sofern Aufwendungen für	die Ehegattin/d	en Ehegatten bzw.	die Lebenspar	rtnerin/den Leben	spartr	ner	
1	geltend gemacht werden		on Enogation Sew.	alo Lobollopai	tiloriii/doii Loboii	орин	101	
	Vorname (ggf. abweichen		ne):	Geburt	sdatum:			
	Hat diese/dieser eine eige	ne Beihilfebere	echtigung?					
	☐ ja, bei:					] [	☐ nein	
	Übersteigt der <b>Gesamtbetrag der Einkünfte</b> (§ 2 Abs. 3 EStG) der Ehegattin/des Ehegatten bzw.							
	der Lebenspartnerin/des L Hinweis: z.B. Antragsjahr 2024: Höch					ien		
	Den Betrag finden Sie im Steuerbesc	neid des Vorvorkalende	erjahrs. Dazu zählen Einkünfte					
	Abgeltungssteuer unterliegen und im ja, im Vorvorkalenderja					— г	nein	
	ia, voraussichtlich im la					اً ا	nein	
8	Weitere Angaben bei <b>Erw</b>	arhetäti <b>nkeit</b> de	r Fhegattin/des Fhe	natten hzw. der	· Lehensnartnerin/c	les I el	hensnart-	
0	Weitere Angaben bei <b>Erwerbstätigkeit</b> der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners							
	Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner <b>ohne Bezüge beurla</b> u					aubt?		
	☐ Ja, vom	bis					nein	
			bitte Grund angeber					
	Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner erwerbstätig?						↓	
		Ja, als: Beamtin/Beamter Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer Selbständige/Selbstständiger nein Zeitanteil (z.B. 14/40):						
_				,			<u> </u>	
9	Welche <b>Kinder</b> sind im <b>Fa</b> werbstätigkeit in einer zwe					angs e	iner Er-	
		nen Deruisausb				dium		
	Vorname (ggf. abwei-							
	chender Familienname)	tum	Art der Ausbildung	Beginn	(voraussichtl.) Ende		ne Beihil- echtigung	
	a)		, woondarig		LIIGO	☐ ja	nein	
	b)					☐ ja	nein	
	c)					ja	nein	
	d)					☐ ja	nein	
	Ist ein Kind bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig?						<del>-</del>	
	ja, Kind:  Hat ein über 18-jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen? Oder liegt ein <b>anderer Wegfallgrund</b> vor (z.B. Vollendung des 25. Lebensjahres, Heirat des Kindes)?						nein	
						IES		
	<i>'</i>	epit:	Grund				□ nein	
	│							

10	10 Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?							
Nachweise bitte bei erster Antragstellung und bei Änderungen vorlegen.								
		gesetzlich Zusatzversicherung						
	Person	privat	pflicht-	freiwillig- versichert	familien-	ja	Art	nein
	Antragstellerin/ Antragsteller							
	Ehegattin/Ehegatte Lebenspartnerin/							
	Lebenspartner Kind a)							
	Kind b)							
	Kind d)							
11	Bankverbindung  Die Beihilfe wird grundsätzlich auf das Bezügekonto überwiesen. Es erfolgt kein automatisierter Datenabgleich mit der Bezügeabrechnung, daher sind wir auf Ihre Angaben angewiesen.  IBAN							
	Geldinstitut	Kontoinhaber (falls abweichend)						
12	Datenerhebung zur Ermi	ittlung d	or Bolootus	acaronzo noo	h Art OG Abo	20	atz 7 BayBC	
12	Bezieht die Antragsteller	in/der Aı	ntragsteller	eine <b>Rente</b> au	ıs der gesetz	licher	n Rentenversicherung, a	us einer
	zusätzlichen Alters - und Hinterbliebenenversorgung (z.B. ZVK-Rente) oder eine Betriebsrente?  ja  gesetzliche Rentenversicherung Alters - und Hinterbliebenenversorgung (bitte Nachweis beilegen) Betriebsrente (bitte Nachweis beilegen)							
	Bei verheirateten Beihilfeberechtigten: Werden Sie und Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte bzw. Ihre Lebenspartnerin/Ihr Lebenspartner bei der Einkommensteuer gemeinsam veranlagt?							
42	□ ja □ nein							
13	Besteht für geltend gemachte Aufwendungen <b>zusätzlich</b> Anspruch auf <b>Heilfürsorge</b> , <b>Krankenhilfe oder Kostenerstattung</b> (z.B. nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz usw.)  [ ja, für Person(en) (bitte Nachweis vorlegen und Aufwendungen kennzeichnen!) [ nein							
14	Werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die <b>Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt</b> worden sind? (betrifft nicht tarifliche Ausschlüsse, sondern individuell in Ihrem Versicherungs-					ossen		
	vertrag vereinbarte Aussc ja (Bitte Nachweis vor		d die Aufwei	ndungen kennz	zeichnen!)			nein
Anm	erkungen (z.B. Unfallschil			Ü	,			

Informationen und Vordrucke finden Sie im Intranet und im Internet (<u>www.wuerzburg.de/beihilfe</u>) oder Sie scannen den QR-Code mit Ihrem Mobilgerät: