

**Antrag auf Beihilfe**

|  |  |
| --- | --- |
| **BSG430** |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname | | Dienststelle | | | Beihilfenummer (siehe letzter Bescheid)  **BB** |
| Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ und Ort) | | | | | Geburtsdatum |
| Beamtin/Beamter | Versorgungsempfänger/in | | Anwärter/in | Tarifbeschäftigte/r | |

Bitte Antragsformular zusenden

* Bei **erstmaliger Antragstellung oder auf Verlangen**

**der Beihilfestelle**: Bitte **alle** Fragen beantworten.

* Bei **Folgeanträgen**: Bitte **Fragen 1 - 4** beantworten.
* **Zu Beginn eines neuen Kalenderjahres** bitte **Fragen 7**

**und 12** beantworten.

Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen.

Für weitere Angaben ggf. bitte ein Beiblatt verwenden.

**Stadt Würzburg**

FB Personal / Beihilfestelle

81534 München

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Sind Aufwendungen durch eine **Verletzung** oder einen **Unfall** entstanden? | | |  |
|  | Erläuterung: jegliche Art von Verletzungen – Diagnose z.B. „Fraktur“, „Ruptur“, „Kontusion“, „Distorsion“ etc.; auch Sachbeschädigungen an Hilfsmitteln | | |  |
|  | ja | Unfalldatum: | **Aufwendungen bitte kennzeichnen!** | nein |
|  | Unfallart:  Dienst-/Arbeitsunfall  Kindergarten-/Schulunfall  Sportunfall  Freizeitunfall  häuslicher Unfall  sonstiger Unfall | | |  |
|  | **Unfallschilderung**: Bitte unter Punkt **Anmerkungen** (Seite 3) | | |  |
|  | Kommt ein Fremdverschulden in Betracht? | | |  |
|  | ja, Name und Anschrift des Ersatzpflichtigen:  nein | | |  |
|  | Besteht Ersatzpflicht eines Dritten (auch z.B. Unfallversicherung des Vereins oder ehrenamtlichen Trägers)? | | |  |
|  | ja, Name der Versicherung und Aktenzeichen:  nein | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2** | Sind Aufwendungen im **Ausland** entstanden? |  |
|  | ja (**Aufwendungen bitte kennzeichnen**) | nein |
|  | Besteht eine Auslandskrankenversicherung? |  |
|  | ja, Unternehmen:       Vertragsnummer:  nein Bitte Leistungsmitteilung der Versicherung beifügen. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3** | Bei Aufwendungen für **stationäre Aufenthalte** (z.B. Krankenhaus):  Wurde eine Vereinbarung über **wahlärztliche Leistungen** (Chefarztbehandlung) geschlossen? |  |
| ja (Bitte Kopie der **Wahlleistungsvereinbarung** beilegen!) | nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4** | **Haben sich Änderungen bei den Fragen 6 – 14 (siehe Folgeseiten) gegenüber Ihrem letzten Antrag ergeben?** |  |
| ja, bei Fragen:       (bitte Fragen beantworten) | 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. | ja |
| nein |

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Preisnachlässe zu den Aufwendungen sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen sind und berichtigte oder stornierte Rechnungen mit einem entsprechenden Hinweis sowie der ursprünglichen Rechnung vorzulegen sind.

|  |  |
| --- | --- |
| Bescheid versenden an: *Name, Anschrift* | - falls abweichend von o. g. Anschrift -  (z.B. bei Bevollmächtigten, Mutterschutz, Elternzeit, Freistellungsphase der Altersteilzeit) |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Telefon tagsüber:** |  |  |
| **E-Mail-Adresse:** |  | Datum, **Unterschrift** |
|  |  | Beihilfeberechtigte/r  Bevollmächtigte/r  (Nachweis liegt bei/bereits vor.) |
|  |  |  |

BSG430

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5** | Nur ausfüllen in **Pflegefällen**  (Bei **erstmaliger** Beantragung bitte Bescheid der Pflegeversicherung beifügen) | | nein |
| Antrag auf Pflegegeld bei häuslicher Pflege  (z.B. durch Ehegattin/Ehegatte, Lebenspartnerin/  Lebenspartner, Kinder, Eltern, Geschwister etc.) | für  vom       bis | |
| Unterbrechungszeitraum (z.B. Krankenhaus, Kurzzeitpflege)?  nein  ja, vom       bis  Grund: | Wer führt die Pflege durch (Name, Vorname)? | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6** | **Antragstellerin / Antragsteller** | | | | | |  |
|  | Familienstand | | | | | |  |
|  | ledig | verheiratet  seit: | eingetr. Lebenspartner-  schaft seit: | | geschieden  seit: | verwitwet  seit: |  |
|  | Erhalten Sie **weitere** Bezüge? | | | | | |  |
|  | Ja, als  Beamtin / Beamter  Versorgungsempfängerin / Versorgungsempfänger  von: | | | | | | nein |
|  | Nur von Beschäftigten im **aktiven** Dienst auszufüllen | | | | | |  |
|  | Vollbeschäftigt seit: | | | | | |  |
|  | Teilzeitbeschäftigt seit: | | | Elternzeit vom       bis | | Zeitanteil: |  |
|  | Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet? | | | | | |  |
|  | Ja, vom       bis | | | | | | nein |
|  | Sind Sie ohne Bezüge beurlaubt? | | | | | |  |
|  | Ja, vom       bis  Elternzeit  sonstige Beurlaubung (bitte Grund angeben) | | | | | | nein |
|  | Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt? | | | | | |  |
|  | Ja, vom       bis       als:  bei:       Zeitanteil (z.B. 14/40): | | | | | | nein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **7** | Sofern Aufwendungen für **die Ehegattin/den Ehegatten bzw. die Lebenspartnerin/den Lebenspartner geltend gemacht werden:** | | |
|  | **Vorname** (ggf. abweichender Familienname): | **Geburtsdatum**: |  |
|  | Hat diese/dieser eine **eigene Beihilfeberechtigung**? | |  |
|  | ja, bei: | | nein |
|  | Übersteigt der **Gesamtbetrag der Einkünfte** (§ 2 Abs. 3 EStG) der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners den Höchstbetrag nach Art. 96 Abs. 1 BayBG?  **Hinweis**: z.B. Antragsjahr 2024: Höchstbetrag 20.878 €; bei Bedarf können Sie den **aktuellen Höchstbetrag in der Beihilfestelle erfragen**. Den Betrag finden Sie im Steuerbescheid des Vorvorkalenderjahrs. Dazu zählen Einkünfte aus Kapitalvermögen (§ 2 Abs. 2 EstG), die der Abgeltungssteuer unterliegen und im Steuerbescheid nicht aufgeführt sind. | |  |
|  | ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung | | nein |
|  | ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr | | nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **8** | Weitere Angaben bei **Erwerbstätigkeit** der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners | |
|  | Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner **ohne Bezüge beurlaubt**? |  |
|  | Ja, vom       bis  Elternzeit  sonstige Beurlaubung (bitte Grund angeben): | nein |
|  | Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner **erwerbstätig**? |  |
|  | Ja, als:  Beamtin/Beamter  Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer  Selbständige/Selbstständiger  bei:       Zeitanteil (z.B. 14/40): | nein |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9** | Welche **Kinder** sind im **Familienzuschlag** berücksichtigungsfähig oder werden wegen des Umfangs einer Erwerbstätigkeit in einer zweiten Berufsausbildung bzw. einem Zweitstudium nicht berücksichtigt? | | | | | | | |
| Vorname (ggf. abweichender Familienname) | | Geburts-datum | **bei Kindern in Berufsausbildung / Studium** | | | | |
| Art der  Ausbildung | Beginn | (voraussichtl.) Ende | eigene Beihilfeberechtigung | |
| a) |  |  |  |  |  | ja | nein |
| b) |  |  |  |  |  | ja | nein |
| c) |  |  |  |  |  | ja | nein |
| d) |  |  |  |  |  | ja | nein |
|  | Ist ein Kind bei einer **anderen Person** im **Familienzuschlag** berücksichtigungsfähig? | | | | | | |  |
|  | ja, Kind:       bei: | | | | | | | nein |
|  | Hat ein über 18-jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen? Oder liegt ein **anderer Wegfallgrund** vor (z.B. Vollendung des 25. Lebensjahres, Heirat des Kindes)? | | | | | | |  |
|  | ja, Kind:       seit:       Grund: | | | | | | | nein |

BSG430

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10** | Welcher **Krankenversicherungsschutz** besteht für Sie und Ihre Angehörigen? | | | | | | |  | |
|  | **Nachweise** bitte bei erster Antragstellung und bei Änderungen **vorlegen.** | | | | | | |  | |
|  | Person | **privat** | **gesetzlich** | | | **Zusatzversicherung** | | |  |
|  | **pflicht-** | **freiwillig-** | **familien-** | ja | Art | | nein |
|  |  | versichert |  |
|  | Antragstellerin/  Antragsteller |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | Ehegattin/Ehegatte  Lebenspartnerin/  Lebenspartner |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | Kind a) |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | Kind b) |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | Kind c) |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | 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 Ermittlung der Belastungsgrenze** nach Art. 96 Abs. 3 Satz 7 BayBG | |
|  | Bezieht **die** **Antragstellerin/der Antragsteller** eine **Rente** aus der gesetzlichen Rentenversicherung, aus 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) | nein |
|  | Bei verheirateten Beihilfeberechtigten: Werden Sie und Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte bzw. Ihre Lebenspartnerin/ Ihr Lebenspartner bei der Einkommensteuer gemeinsam veranlagt? | |
|  | ja | nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **13** | Besteht für geltend gemachte Aufwendungen **zusätzlich** Anspruch auf **Heilfürsorge, Krankenhilfe oder**  **Kostenerstattung** (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 **Versicherungsleistungen ausgeschlossen** **oder** **eingestellt** worden sind? (betrifft nicht tarifliche Ausschlüsse, sondern individuell in Ihrem Versicherungsvertrag vereinbarte Ausschlüsse) | |
|  | ja (Bitte Nachweis vorlegen und die Aufwendungen kennzeichnen!) | nein |

|  |
| --- |
| **Anmerkungen** (z.B. Unfallschilderung): |
|  |

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

Stand: Januar 2024 - FB Personal