

# Antrag auf Beihilfe in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen sowie zur Gesundheitsvorsorge

Dieser Antrag ist auch im Internet abrufbar: <http://www.lbv.bwl.de>

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

|  |              |                   |
|--|--------------|-------------------|
| Antragsteller: Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung | Geburtsdatum | Vorwahl / Telefon |
|--|--------------|-------------------|

Landesamt für Besoldung und Versorgung Baden-Württemberg  
  
70730 Fellbach

Personalnummer

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Antragsdatum

T T M M J J

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Summe der geltend gemachten Aufwendungen

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Euro, Cent

Ich **versichere**, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich auch nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sowie weitere Kostenerstattungen sofort der Beihilfestelle schriftlich anzuzeigen habe. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Unterschrift

|  |
|--|
|  |
|--|

Bei **erstmaliger** Antragstellung: bitte **alle** Fragen 1 bis 6 beantworten!

Bei **wiederholter** Antragstellung:

Haben sich Änderungen bei den Fragen **1 bis 6** gegenüber den Angaben im letzten Antrag auf Beihilfe ergeben?

nein  ja folgende Änderung unter **1 bis 6**

**Bitte Fragen 7 bis 9 – sofern zutreffend – und Frage 10 stets beantworten.**

|          |  |
|----------|--|
| <b>1</b> | Haben Sie, Ihr Ehegatte und im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder einen Anspruch auf:   |
|          | a) <b>Heilfürsorge</b> nach Beamten- oder Soldatenrecht ? (Polizei- und Feuerwehrbeamte, Soldaten)?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Nachweis oder Bescheid beifügen)       |
|          | b) <b>Krankenhilfe</b> , z.B. nach Bundesversicherungs-, Opferentschädigungs-, Entwicklungshelfergesetz ?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Nachweis oder Bescheid beifügen) |

|          |  |   |                           |              |                |   |                    |                       |  |       |                  |  |
|----------|--|---|---------------------------|--------------|----------------|---|--------------------|-----------------------|--|-------|------------------|--|
| <b>2</b> | <b>Krankenversicherungsschutz</b>                                |   |                           |              |                |   |                    |                       |  |       |                  |  |
|          | <b>Personen</b><br>(geben Sie bei Kindern bitte den Vornamen an) | <b>Private Versicherung</b><br>Fügen Sie beim <u>Erstantrag und bei Änderungen</u> einen Nachweis über Art und Umfang bei |                           |              |                | <b>Gesetzliche Krankenkasse</b><br>Bitte kreuzen Sie die Art der Mitgliedschaft an und fügen Sie Nachweise bei. |                    |                       | <b>Dieser Versicherungs-schutz besteht seit:</b> |       | Nicht versichert |  |
|          |  | ambulant %  | Prozenttarife stationär % | Zahnkosten % | Standard-tarif | Zusatz-tarif <sup>1)</sup>  | pflicht-versichert | freiwillig versichert | familien-versichert über welche Person           | Monat | Jahr             |  |
|          | Antragsteller (A)  |   |                           |              |                |   |                    |                       | A   E  |       |                  |  |
|          | Ehegatte (E)   |   |                           |              |                |   |                    |                       | -  |       |                  |  |
|          | Kind   |   |                           |              |                |   |                    |                       |  |       |                  |  |
|          | Kind   |   |                           |              |                |   |                    |                       |  |       |                  |  |
|          | Kind   |   |                           |              |                |   |                    |                       |  |       |                  |  |
|          | Kind   |   |                           |              |                |   |                    |                       |  |       |                  |  |
|          | Kind   |   |                           |              |                |   |                    |                       |  |       |                  |  |

<sup>1)</sup> Hierunter fallen: Pflegekostenversicherung (PfK), Ergänzungstarife für Zahn- und ambulante Kosten, Wahlleistungen im Krankenhaus, Auslands-(Reise-)versicherungen (AR) o.ä. Das Bestehen einer **Auslands-(Reise-)versicherung** ist immer dann anzugeben, wenn Auslandsaufwendungen geltend gemacht werden. Nicht anzugeben sind Tagegeldversicherungen (Pflegefalltaggeldversicherung, Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeldversicherung).

|          |   |   |
|----------|---|---|
| <b>3</b> | Zur Feststellung Ihres persönlichen Bemessungssatzes: (gilt nicht für Versorgungsempfänger)<br>Sind bzw. waren bei Ihnen mindestens drei Kinder gleichzeitig oder zwei Kinder gleichzeitig und ein weiteres Kind früher oder später im Familien-, Orts- oder Sozialzuschlag berücksichtigungsfähig?<br>Falls ja: Legen Sie bitte Kopien der Geburtsurkunden bei, sofern noch nicht geschehen. | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
|----------|---|---|

weitere Angaben auf Seite 2

LBV 301 – 04/04

|           |  |   |   |                                |
|-----------|--|---|---|--------------------------------|
| <b>4</b>  | Waren <b>Angehörige</b> in dem Zeitraum, in dem die geltend gemachten Aufwendungen entstanden sind, <b>berufstätig oder in Berufsausbildung?</b>   |   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   |                                |
|           | Wer? _____ tätig von – bis _____ Arbeitgeber bzw. Beschäft./ Ausbildungsstelle _____   | Voll-<br>beschäft. <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   | Teilzeit-<br>beschäft. <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   | mit Anzahl<br>Wochenstd. _____ |
| <b>5</b>  | Haben Sie oder Ihre Angehörigen eine <b>weitere eigene Beihilfeberechtigung?</b> <input type="checkbox"/> nein   |   |   |                                |
|           | <input type="checkbox"/> ja, aufgrund einer beamtenrechtlichen Versorgung  | wer: _____  |   |                                |
|           | <input type="checkbox"/> ja, aufgrund eines Dienstverhältnisses im öffentlichen Dienst als Beamter oder Richter  | wer: _____  |   |                                |
|           | <input type="checkbox"/> ja, aufgrund eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses (z.B. als Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst)   | wer: _____  |   |                                |
|           | <input type="checkbox"/> ja, aufgrund eines Abgeordnetenmandats  | wer: _____  |   |                                |
|           | gegenüber wem: _____   | seit: _____   |   |                                |
| <b>6</b>  | Sind Kinder bei einem <b>anderen</b> Beihilfeberechtigten (z.B. bei dem anderen auch beihilfeberechtigten Elternteil) ebenfalls berücksichtigungsfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |   |   |                                |
|           | Name des Kindes _____  |   |   |                                |
|           | Bei wem (z.B. Dienstherr, Arbeitgeber usw.) _____  |   |   |                                |
|           | Rechtsverhältnis des <b>anderen</b> Beihilfeberechtigten: <input type="checkbox"/> Beamter, Richter <input type="checkbox"/> Angestellter, Arbeiter<br><input type="checkbox"/> Abgeordnetenmandat <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger <input type="checkbox"/> anderes Rechtsverhältnis     |   |   |                                |
| <b>7</b>  | Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für den <b>Ehegatten</b> geltend gemacht werden<br><br><b>Geburtsdatum:</b> _____<br><br><b>Abweichender Familienname:</b> _____  | Überstieg der <b>Gesamtbetrag der Einkünfte</b> (§ 2 Abs. 3 Einkommenssteuergesetz) Ihres Ehegatten<br>- im <b>letzten</b> Kalenderjahr den Betrag von 18.000 EUR? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>- im <b>vorletzten</b> Kalenderjahr den Betrag von 18.000 EUR? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><br>Werden die Einkünfte im <b>laufenden</b> Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich überschreiten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><br>Falls die Einkünfte nur im laufenden Kalenderjahr den Betrag von 18.000 EUR voraussichtlich nicht übersteigen werden, bitte eine Begründung auf einem besonderen Blatt beifügen.  |   |                                |
| <b>8</b>  | Nur ausfüllen bei <b>Verletzungen infolge Unfällen</b> , anderen schädigenden Ereignissen oder wenn ein Schadenersatz durch Dritte in Frage kommt.<br><br><b>Belege bitte stets in Spalte 7 (Seite 3,4) ankreuzen</b><br><br><b>Bitte immer Sachverhaltsschilderung auf gesondertem Blatt beifügen</b> | Die geltend gemachten <b>unfallbedingten</b> Aufwendungen lt. Spalte 7 (Seite 3, 4) sind entstanden durch:<br><input type="checkbox"/> einen Unfall im <b>privaten</b> Bereich <input type="checkbox"/> einen <b>Sportunfall</b> <input type="checkbox"/> einen <b>Dienstunfall</b> <input type="checkbox"/> einen <b>Arbeitsunfall</b><br><input type="checkbox"/> einen <b>Schulunfall</b> <input type="checkbox"/> einen <b>Kinder-gartenunfall</b> <input type="checkbox"/> ein <b>anderes</b> schädigendes Ereignis<br><br>Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung (z.B. auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder beamtenrechtlichen Unfallfürsorge) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><br>Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><b>Hinweis:</b> Auch in Schadenersatzfällen wird Beihilfe gewährt, wenn die Er-satzansprüche an den Dienstherrn übergehen. |   |                                |
|           |  | Name, Anschrift und Aktenzeichen des Ersatzpflichtigen/Kostenträgers: _____   |   |                                |
|           |  | Sachverhaltsschilderung liegt bereits vor <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   |   |                                |
| <b>9</b>  | Nur ausfüllen, wenn die Behandlung bzw. Leistung durch einen nahen Angehörigen erfolgt ist.  | Um welche Aufwendungen handelt es sich? – <b>Beleg-Nr.:</b> _____<br><br>( <b>Nah Angehörige</b> sind: Ehegatten, Kinder, Eltern, Schwieger-söhne, -töchter, Großeltern, Enkel, Schwä-ger/-innen, Schwiegereltern, Geschwister des Beihilfeberechtigten, des Ehegatten oder von Kindern)  |   |                                |
| <b>10</b> | Ich bin/meine Angehörigen sind damit einverstanden, dass die Beihilfestelle notwendige Auskünfte über Belege<br>a) bei der zuständigen <b>Krankenversicherung</b> oder einem anderen Kostenträger einholen kann<br>b) bei dem <b>Behandler</b> oder <b>Rechnungsaussteller</b> einholen kann:          | des Antragstellers<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  | des Angehörigen<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |                                |





### Hinweis zu den Aufwendungen (Seite 3)

#### Datum der Rechnung / des Rezepts

Bitte denken Sie daran, dass Sie das Datum in der vorgesehenen Form (TT.MM.JJJJ - z.B. 01.01.2005) eintragen, da ansonsten entweder das Tagesdatum oder eine Fehlermeldung erscheint.

#### Rechnungsbetrag

Bitte beachten Sie, dass in dem Feld „Rechnungsbetrag“ maximal sechsstellige Beträge mit zwei Dezimalen hinter dem Komma (z.B. 999.999,00) eingetragen werden können. Bitte setzen Sie bei Ihren Rechnungsbeträgen in jedem Fall eine Kommastelle.

Der Eintrag der Rechnungssumme erfolgt auf der ersten Seite automatisch.

### Hinweise zur Speicherung des Beihilfeantrags (Bitte diese Seite ausdrucken)

Sie haben nun die Möglichkeit die im Beihilfeantrag eingetragenen Daten auf Ihrer lokalen Festplatte zu speichern.

Dazu wurden die Schaltflächen 

|                 |
|-----------------|
| Speichern/Laden |
|-----------------|

|         |
|---------|
| Löschen |
|---------|

 auf die erste Seite des Vordrucks aufgenommen.

#### Speicherung der Daten

Nachdem Sie den Beihilfeantrag ausgefüllt haben, betätigen Sie bitte den Button „Speichern/Laden“. Es öffnet sich ein Menüfenster. Wählen Sie hier die Funktion „**Save**“ und geben Sie in die Maske einen Namen für die aktuelle Speicherung ein. Bestätigen Sie mit „OK“.

Damit haben Sie die Daten auf Ihrer lokalen Festplatte gespeichert.

Ist die Sicherung Ihrer Daten erfolgreich verlaufen, so erscheint bei erneutem Klicken auf den Button „Speichern/Laden“ unter dem Menüpunkt „**Reload**“, der von Ihnen vergebene Name für Ihre Speicherung. Mit dieser Funktion können Sie nun jederzeit die gespeicherten Daten in den Beihilfeantrag laden.

#### Speicherung mit dem Adobe Reader 6.0

Bei Verwendung des Adobe Readers 6.0 kann nur eine Version des Beihilfeantrages abgespeichert werden. Um eine weitere Version (unter einem anderen Namen) abspeichern zu können, müssen Sie den ersten Bearbeitungsstand über „Speichern/Laden – Delete“ löschen.

#### Löschen der Daten

Zum Löschen der gespeicherten Daten, betätigen Sie bitte den Button „Löschen“.

Die von Ihnen gespeicherten Daten gehen damit jedoch nicht verloren, sie können jederzeit wieder geladen werden.

Wollen Sie den Bearbeitungsstand endgültig löschen, wählen Sie hierzu im Menüfenster „Speichern/Laden“ die Funktion „**Delete**“ und bestätigen Sie mit OK.

### Hinweis zu den gespeicherten Daten

Die gespeicherten Formulardaten werden nicht im Pdf-Dokument gespeichert, sondern im Programm Acrobat Reader. Das bedeutet, dass Ihre Formulardaten, die Sie mit Hilfe des Programms auf Ihrer lokalen Festplatte gespeichert haben, auch nur dort verfügbar sind. Eine Übertragung der Daten auf andere Computer, Acrobat-Programme ist daher nicht möglich. Bitte berücksichtigen Sie dies bei eventuellen Änderungen an Ihrem System.