

Antrag auf Beihilfe

in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und sonstigen Fällen nach der Thüringer Beihilfeverordnung (ThürBhV)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Amt ggf. Abteilung
Anschrift (nur bei Änderung oder Erstantrag bei dieser Festsetzungsstelle)	Tel. dienstlich	Tel. privat (freiwillige Angabe)

Zutreffendes bitte ankreuzen, ggf. Spalten deutlich ausfüllen.

(Bei erstmaliger Antragstellung bei dieser Festsetzungsstelle sind durchgängig vollständige Angaben notwendig.)

1 Angaben zur Beschäftigung

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben folgende Änderung:

Dienststelle	seit	Versorgungsempfänger(in) seit
teilzeitbeschäftigt von – bis –	mit Wochenstunden (Anzahl)	befristet beschäftigt von – bis –
Erziehungsurlaub von – bis –	Beurlaubung ohne Dienstbezüge gem. § 76 Abs. 4 S.1 Nr. 2 ThürBG von – bis –	sonstige Beurlaubung ohne Dienstbezüge vom – bis zum (Rechtsgrundlage) –

2 Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben folgende Änderung:

1. Kind – Vorname* geboren am	3. Kind – Vorname* geboren am
2. Kind – Vorname* geboren am	4. Kind – Vorname* geboren am
<input type="checkbox"/> Wegfall eines Kindes aus dem Familienzuschlag Vorname ab	<input type="checkbox"/> Wiederaufnahme eines Kindes in den Familienzuschlag nach einer Unterbrechung (z.B. Wehr- oder Zivildienst) Vorname ab

* ggf. abweichender Familienname

3 Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen?

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben folgende Änderung:

Personen	Private Krankenversicherung* ab dem (Datum)	Gesetzliche Krankenversicherung			Freie Heilfürsorge, Krankenhilfe- oder Kostenerstattungsanspruch ** ab dem (Datum)	Keine Krankenversicherung ab dem (Datum)
		pflichtversichert (§ 5 SGB V) ab dem (Datum)	freiwillig versichert (§ 9 SGB V) ab dem (Datum)	familienversichert (§ 10 SGB V) ab dem (Datum)		
Beihilfeberechtigte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Bei erstmaliger Antragstellung sowie bei jeder Tarifumstellung oder -änderung (nicht: Beitragsänderung) bitte einen Nachweis beifügen.

** Bitte Nachweis oder Bescheid über den Grundanspruch beifügen.

Bei **privater Krankenversicherung** ist als Nachweis eine Kopie des aktuellen Versicherungsscheines notwendig. Zu den **gesetzlichen Krankenversicherungen** gehören z.B. AOK, BKK, Ersatzkassen und knappschaftliche Krankenversicherung. Ein Anspruch auf **Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung** kann z. B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen bestehen.

Hier auch etwaige Änderungen des Versicherungsschutzes bei **Rentenanspruch** oder **Arbeitslosigkeit** eintragen.

4. Besteht für Sie oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine anderweitige Beihilfeberechtigung?

nein ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben ja folgende Änderung: Beihilfeberechtigung aufgrund

<input type="checkbox"/> des Erhalts von Versorgungsbezügen (§ 2 BeamtVG)	Wer:
<input type="checkbox"/> eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst	Wer:
<input type="checkbox"/> eines Beschäftigungsverhältnisses bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen usw.	Wer:
<input type="checkbox"/> eines Abgeordnetenverhältnisses	Wer:
als <input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in) <input type="checkbox"/> Abgeordnete(r) <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger(in)	
gegenüber wem?	ab wann?

4.1 Ist ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger bei einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?

nein ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben ja, folgende Änderung: ab (Datum)..

Welche Person (Name, Vorname)	bei wem (Aufwendungen können nur mit Originalbelegen geltend gemacht werden)
-------------------------------	--

5. Werden Aufwendungen für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten geltend gemacht?

nein ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben ja, folgende Änderung:

Name, Vorname des Ehegatten	Geburtsdatum	verheiratet/geschieden/verwitwet seit
Überstiegen die Einkünfte Ihres Ehegatten (§ 2 Abs. 3 EStG) im vorvergangenen Kalenderjahr den Betrag von 18.000 EUR ? * <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, werden im laufenden Kalenderjahr noch Einkünfte über 18.000 EUR erzielt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

* Nachweis wird ggf. angefordert.

6. Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis?

nein ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben (Beleg-Nr. angeben) ja (Unfallschilderung beifügen),
es handelt sich um:

<input type="checkbox"/> einen Dienstatunfall <input type="checkbox"/> einen Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> einen Schulunfall <input type="checkbox"/> einen sonstigen Unfall <input type="checkbox"/> ein anderes schädigendes Ereignis (z.B. Berufskrankheit)
Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.) ? – Bitte auch die Belege mit Hinweis "Unfall" versehen
Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? * <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Ersatzpflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer

* Zu den Ansprüchen auf Kostenerstattung gehören auch Ansprüche z.B. gegen Schulträger, Sportvereine.

7. Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen (als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Heilbehandler usw.) geltend gemacht?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, der Behandelnde ist <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Elternteil der behandelten Person	Beleg-Nr. (Bitte Nachweis über entstandene Sachkosten beifügen)
---	--

8. Wird eine Pauschalbeihilfe für häusliche Pflege geltend gemacht? nein ja

Leistungszusage mit Pflegestufe der Pflegeversicherung

 liegt vor liegt bei

Name der pflegebedürftigen Person	Name der Pflegeperson	Zeitraum (vom– bis zum) –
Unterbrechung der Pflege <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Zeitraum (vom – bis zum) –		
Grund:		

9. Werden Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind, geltend gemacht? nein ja, folgende:

Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.) ?	Betrag	Nachweis – Versicherungsschein über ▶ Ausschluss usw. bitte beifügen, soweit nicht vorliegend
--	--------	--

10. Auszahlung der Beihilfe

Auf die hiermit beantragte Beihilfe beantrage ich einen Abschlag. Für Beleg-Nr.:		
Die Auszahlung soll erfolgen <input type="checkbox"/> auf mein bekanntes Konto <input type="checkbox"/> auf nachstehendes Konto	<input type="checkbox"/> bar *	IBAN: BIC:
bei (Geldinstitut mit Ortsangabe)	Name des Kontoinhabers (falls abweichend von dem/ der Antragsteller/ in)	

* soweit der Beihilfefestsetzungsstelle noch möglich.

Erklärung

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechtigung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.

Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigelegt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

Datum	Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten oder der/des Bevollmächtigten. → Vollmacht <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt bei
-------	--