

# Antrag auf Beihilfe mit Zusammenstellung der Aufwendungen

Eingangsstempel:

**Landratsamt Roth  
Beihilfestelle  
Weinbergweg 1  
91154 Roth**

Bei erstmaliger Antragstellung oder auf Verlangen der Beihilfestelle ist der Antrag vollständig auszufüllen. In Folgeanträgen sind die Fragen 1 - 6 zwingend zu beantworten. Zutreffendes bitte ausfüllen oder  ankreuzen. Ggf. bitte Beiblatt für weitere Angaben verwenden.

Die Datenschutz-Informationen nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) stellen wir bei <https://www.landratsamt-roth.de/datenschutz> als PDF-Dokument zur Verfügung.

1. Name Antragsteller:	Vorname:
Straße:	PLZ, Ort:
Geburtsdatum: <input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw.	Änderungsdatum:
Dienststelle / Pensionsfestsetzungsbehörde:	
Besteht eine <b>weitere Beihilfeberechtigung</b> ? <input type="checkbox"/> ja bei: <input type="checkbox"/> nein	

2. Wurden geltend gemachte Aufwendungen durch einen Unfall (jegliche Art von Verletzungen) verursacht? <input type="checkbox"/> ja, Unfalldatum: _____ (bitte ausführliche Unfallschilderung vorlegen und Aufwendungen kennzeichnen) <b>Unfallart:</b> <input type="checkbox"/> Dienstunfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> eine Berufskrankheit <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall Kommt ein <b>Fremdverschulden</b> in Betracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
--	-------------------------------

Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung <input type="checkbox"/> ja (z.B. auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder beamtenrechtlichen Unfallfürsorge)	<input type="checkbox"/> nein
--	-------------------------------

Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht <input type="checkbox"/> ja Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Ersatzpflichtigen:	<input type="checkbox"/> nein
--	-------------------------------

3. War ein naher Angehöriger (Ehegatte, *Lebenspartner, Kinder, Eltern der behandelten Person) bei Behandlungen tätig? <input type="checkbox"/> ja, Name des Behandlers: _____ (bitte Belege kennzeichnen)	<input type="checkbox"/> nein
---	-------------------------------

4. Werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die <b>Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt</b> worden sind? <input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweis vorlegen und die Aufwendungen kennzeichnen)	<input type="checkbox"/> nein
--	-------------------------------

5. Werden Aufwendungen für einen <b>stationären Krankenhausaufenthalt</b> geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja Ist mit den behandelnden Ärzten eine <u>Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen</u> geschlossen worden? <input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie der Wahlleistungsvereinbarung beilegen!)	<input type="checkbox"/> nein
---	-------------------------------

6. <b>Haben sich Änderungen bei den Ziffern 7 – 13 gegenüber Ihrem letzten Antrag ergeben?</b> <input type="checkbox"/> ja, bei Ziffer(n) _____ (bitte Fragen beantworten)	<input type="checkbox"/> nein
---	-------------------------------

<input type="checkbox"/> eine <b>Pauschalbeihilfe</b> für <b>dauernde häusliche Pflege</b> durch <b>andere geeignete Personen</b> für die Zeit vom _____ bis _____ wird beantragt. Eine Bestätigung über die Durchführung der Pflege, mit Angabe von Unterbrechungszeiträumen, ist beizufügen.
---

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.	<input type="checkbox"/> ja
---	-----------------------------

Ich bitte die Beihilfe <input type="checkbox"/> bar zu zahlen <input type="checkbox"/> zu überweisen IBAN _____ BIC: _____
---

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Kostenerstattungen durch einen Behandler(in) / Krankenhaus sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Anlagen: \_\_\_\_\_ Belege \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigte(r)  Bevollmächtigte(r)  Nachweis liegt bei bzw. bereits vor

<b>7. Antragsteller</b>	<input type="checkbox"/> Beamte	<input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger	<input type="checkbox"/> tariflich Beschäftigte		
<input type="checkbox"/> vollbeschäftigt	<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt		<input type="checkbox"/> Altersteilzeit		
seit:		Zeitanteil (z.B. 19,50/39,00):			
Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet? <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____					<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie ohne Bezüge beurlaubt? <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)					<input type="checkbox"/> nein
<b>Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?</b> <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ als: _____ bei: _____ Zeitanteil: _____					<input type="checkbox"/> nein

  

<b>8. Vorname des Ehegatten/Lebenspartner</b> (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum
Hat der Ehegatte/Lebenspartner eine <b>eigene Beihilfeberechtigung</b> ? <input type="checkbox"/> ja, bei: _____	
<input type="checkbox"/> nein	
Ist der Ehegatte/Lebenspartner ohne Bezüge beurlaubt? <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)	
<input type="checkbox"/> nein	
Ist der Ehegatte/Lebenspartner erwerbstätig? <input type="checkbox"/> ja, als: <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer bei: _____ Zeitanteil: _____	
<input type="checkbox"/> nein	
Übersteigen die Einkünfte, hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen (§ 2 Abs. 3 EStG) des Ehegatten/Lebenspartner den Betrag von <b>20.878,00 Euro</b> ? <input type="checkbox"/> ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung <input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind von den Brutto-Einkünften nur die <u>Werbungskosten</u> abzusetzen.	
<input type="checkbox"/> nein	

  

<b>9. Welche Kinder sind im Familienzuschlag/Kindergeld berücksichtigungsfähig oder werden bei einer 2. Berufsausbildung/Zweitstudium nur wegen der Höhe der Einkünfte und Bezüge nicht berücksichtigt?</b>						
		<b>Bei Kindern in Schul- / Berufsausbildung / Studium</b>				
Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum	Art der Ausbildung	Beginn	voraussichtliches Ende	eigene Beihilfeberechtigung	
a					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist ein Kind bei einer anderen Person im <b>Familienzuschlag/Kindergeld</b> berücksichtigungsfähig? <input type="checkbox"/> ja, Kind: _____ bei: _____ (falls ja, bitte Originalbelege für das Kind vorlegen)						
<input type="checkbox"/> nein						
Hat ein über 18-jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen? <input type="checkbox"/> ja, Kind: _____ seit: _____						
<input type="checkbox"/> nein						

  

<b>10. Besteht Krankenversicherungsschutz</b> (bei 1. Antragstellung und Änderungen – bitte Nachweise vorlegen)						
<b>ja</b>	<b>(bei Ehegatte/Lebenspartner/Kind)</b> Vorname angeben	privat	pflicht-	gesetzl. freiwillig versichert	familien-	Private Kranken(zusatz)versicherung Zusatztarife-auch bei gesetzl. Krankenvers. (z.B. Zahnersatz, Heilpraktiker, Krankenhaus, etc.)
<input type="checkbox"/>	für Antragsteller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	für Ehegatte/Lebenspartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	für Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	für Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	für Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein

  

<b>11.</b>	Besteht für geltend gemachte Aufwendungen <b>zusätzlich</b> Anspruch auf <b>Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung</b> (z.B. nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz usw.)? <input type="checkbox"/> ja, für Person(en): _____ (bitte Nachweis vorlegen u. Aufwendungen kennzeichnen)	<input type="checkbox"/> nein
------------	--	-------------------------------

  

<b>12.</b>	Wird eine <b>Rente</b> aus der <b>gesetzlichen Rentenversicherung</b> gewährt? <input type="checkbox"/> ja, für Person(en): _____ seit: _____ (bitte Nachweis vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein
------------	--	-------------------------------

  

<b>13.</b>	Wird ein <b>Zuschuss</b> zu den <b>Krankenversicherungsbeiträgen</b> gewährt? <input type="checkbox"/> ja, für Person(en): _____ seit: _____ <input type="checkbox"/> vom Rentenversicherungsträger <input type="checkbox"/> vom Arbeitgeber/Dienstherrn i. H. von mtl.: _____ Euro	<input type="checkbox"/> nein
------------	---	-------------------------------

