

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 weitere Beihilfeberechtigung ? <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) Unfallart: <input type="checkbox"/> Dienstunfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> eine Berufskrankheit <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall Kommt ein Fremdverschulden 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. Werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind? <input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweis vorlegen und die Aufwendungen kennzeichnen)	<input type="checkbox"/> nein
--	-------------------------------

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

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

<input type="checkbox"/> eine Pauschalbeihilfe für dauernde häusliche Pflege durch andere geeignete Personen 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

6. Antragsteller	<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"/> nein
<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)					
Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?					<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ als: _____ bei: _____ Zeitanteil: _____					

7.	Vorname des Ehegatten/Lebenspartner (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum		
Hat der Ehegatte/Lebenspartner eine eigene Beihilfeberechtigung ? <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"/> nein
<input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)				
Ist der Ehegatte/Lebenspartner erwerbstätig?				<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja, als: <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer Sonstiges: _____ bei: _____ Zeitanteil: _____				
Übersteigen die Einkünfte, hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen (§ 2 Abs. 3 EStG) des Ehegatten/Lebenspartner den Betrag von 20.878,00 Euro, ab 01.01.2025: 21.832,00 EURO ?				<input type="checkbox"/> nein
<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.				

8.	Welche Kinder sind im Familienzuschlag/Kindergeld berücksichtigungsfähig oder werden bei einer 2. Berufsausbildung/Zweitstudium nur wegen der Höhe der Einkünfte und Bezüge nicht berücksichtigt?						
Vorname (ggf. abweichender Familienname)		Geburtsdatum	Bei Kindern in Schul- / Berufsausbildung / Studium			eigene Beihilfeberechtigung	
			Art der Ausbildung	Beginn	voraussichtliches Ende		
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

<input type="checkbox"/> ja, Kind:	bei: _____	<input type="checkbox"/> nein
(falls ja, bitte Originalbelege für das Kind vorlegen)		
Hat ein über 18-jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen?		<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja, Kind:	seit: _____	

9.	Besteht Krankenversicherungsschutz (bei 1. Antragstellung und Änderungen – bitte Nachweise vorlegen)					
ja	(bei Ehegatte/Lebenspartner/Kind) Vorname angeben	privat	pflicht-	gesetzl. freiwillig	familien-	Private Kranken(zusatz)versicherung Zusatztarife-auch bei gesetzl. Krankenvers. <small>(z.B. Zahnersatz, Heilpraktiker, Krankenhaus, etc.)</small>
<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

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

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

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

