

Bitte stets vollständig ausfüllen. Vielen Dank.

Familiennamen, Vorname			vollständige Anschrift	Geburtsdatum
Sachb.Nr.	DSt.Nr.	Personalnummer	Dienstherr (ggf. früherer D.), Arbeitgeber	Besoldungs-/Entgeltgruppe
Bankverbindung/Kreditinstitut			IBAN (Eing. Beisp: DE12 3456 7891 2345 6789 12)	BIC (Swift Code)
ggf. abweichende/r Kontoinhaber/in, Name, Anschrift				Telefon tagsüber

Versorgungsausgleichskasse
der Kommunalverbände in
Schleswig-Holstein
– **Beihilfekasse** –
Knooper Weg 71
24116 Kiel

Antrag auf Beihilfe

in der beamtenrechtlichen Krankenfürsorge

Bitte Zutreffendes ankreuzen oder deutlich ausfüllen

<p>Erstmalige Antragstellung bei der Beihilfekasse Kiel?</p> <input type="checkbox"/> Ja ; bitte alle Fragen Nr. 1 bis 16 vollständig beantworten!
<p>Erneute Antragstellung bei der Beihilfekasse Kiel?</p> <p>Nach Durchsicht der Fragen Nr. 1 bis 10 erkläre ich, dass seit der letzten Antragstellung</p> <input type="checkbox"/> keine Veränderungen eingetreten sind. (Weiter ab Frage 11) <input type="checkbox"/> Veränderungen eingetreten sind. (Bitte Fragen Nr. 1 bis 10 vollständig ausfüllen; dann weiter ab Frage 11)

1	Nur auszufüllen von aktiven Beamten/innen Arbeitnehmern/innen	Ununterbrochen im öffentlichen Dienst seit:
		Im Dienst des jetzigen Dienstherrn/Arbeitgebers seit: _____ bis: _____
		<input type="checkbox"/> vollbeschäftigt <input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt seit: _____ bis: _____ Wochenstundenzahl: _____
		<input type="checkbox"/> Altersteilzeit seit: _____ bis: _____ Wochenstundenzahl: _____
		<input type="checkbox"/> ohne Bezüge beurlaubt von: _____ bis: _____ Beurlaubungsgrund/Rechtsgrundlage: Alleinerziehende/r: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Nachweis des Dienstherrn ist beigelegt
		<input type="checkbox"/> Elternzeit von: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> befristetes Dienst-/Arbeitsverhältnis von: _____ bis: _____
Nur auszufüllen von Versorgungsempfängern/innen	Eintritt in den Ruhestand bzw. Beginn des Anspruchs auf Versorgungsbezüge ab:	
	Sind Sie noch berufstätig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei	
	Beziehen Sie mehrere Versorgungsbezüge? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von	

2	Familienbezogene Angaben		
Familienstand <input type="checkbox"/> verheiratet seit <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft seit <input type="checkbox"/> verstorben am:	<input type="checkbox"/> geschieden seit <input type="checkbox"/> verwitwet seit <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft beendet seit	Vor- und Zuname der Ehegattin/des Ehegatten, der Lebenspartnerin/des Lebenspartners	Geburtsdatum
Ist die Ehegattin/der Ehegatte/die Lebenspartnerin/der Lebenspartner, die Mutter/der Vater gemeinsamer berücksichtigungsfähiger Kinder erwerbstätig? (auch die/der geschiedene/getrennt lebende Ehegattin/Ehegatte, die/der frühere Lebenspartnerin/Lebenspartner)			Besteht hieraus eine Beihilfeberechtigung?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Arbeitgeber/Dienstherr: _____ →			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3	Angaben zum Familienzuschlag		
Berücksichtigungsfähige Kinder	Antragsteller/in erhält Familienzuschlag für	Veränderungen	
		Wiederaufnahme	Wegfall
1. Kind – Vorname (ggf. abweichender Familienname), geboren am	<input type="checkbox"/>	seit	ab
2. Kind – Vorname (ggf. abweichender Familienname), geboren am	<input type="checkbox"/>	seit	ab
3. Kind – Vorname (ggf. abweichender Familienname), geboren am	<input type="checkbox"/>	seit	ab
4. Kind – Vorname (ggf. abweichender Familienname), geboren am	<input type="checkbox"/>	seit	ab

4	Haben Sie oder Ihre Angehörigen (Ehegattin/Ehegatte, Lebenspartnerin/Lebenspartner und im Familienzuschlag berücksichtigte Kinder) einen Anspruch auf: a) Heilfürsorge nach Beamten- od. Soldatenrecht? → Bitte Nachweis od. Bescheid beifügen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				b) Krankenhilfe nach Bundesversorgungs-, Lastenausgleichs-, Bundesentschädigungs-, Entwicklungshelfergesetz? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Bitte Nachweis od. Bescheid beifügen				c) Krankenfürsorge nach dienst- oder arbeitsvertraglichen Regelungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Bitte Nachweis od. Bescheid beifügen		
----------	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

5 Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen (Ehegattin/Ehegatte, Lebenspartnerin/Lebenspartner und im Familienzuschlag berücksichtigte Kinder)?												
Personen – bei Angehörigen bitte Vornamen und – falls abweichend – Familiennamen angeben –	Kurzbezeichnungen der Krankenversicherungen oder der Krankenkassen	bei privater Versicherung – bitte Nachweis über Art und Umfang beifügen –					bei einer gesetzl. Kranken- oder Ersatzkasse (z.B. AOK, BEK, Betriebskrankenkasse)					
		Prozenttarif (v.H.-Satz angeben)		Zahnkosten	Festkostentarif	Zusatz oder sonstige Tarife *)	pflicht-versichert	freiwillig-versichert	famili-enversichert bei	dieser Versicherungs-schutz besteht seit:	nicht-versichert	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Antragsteller(in) (A)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	
Ehegattin/Ehegatte (E)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A		<input type="checkbox"/>	
Lebenspartnerin/Lebenspartner (L)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A		<input type="checkbox"/>	
Kind					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	E	<input type="checkbox"/>	
Kind					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	E	<input type="checkbox"/>	
Kind					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	E	<input type="checkbox"/>	
Kind					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	E	<input type="checkbox"/>	

6 Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt (z. B. vom Arbeitgeber)? Rentner fügen bitte die letzte Rentenmitteilung bei!			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ↓			
Empfängerin/Empfänger		Höhe des Zuschusses (EURO mtl.)	Höhe des Versicherungsbeitrages (EURO mtl.)
1. → ab:			
2. → ab:			

7 Nur ausfüllen bei Arbeitslosigkeit ↓	
Wer war bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet?	In welchem Zeitraum?

8 Haben Sie oder Ihre Angehörigen eine sonstige eigene Beihilfeberechtigung?		<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Ja, aufgrund einer beamtenrechtlichen Versorgung	wer:	
<input type="checkbox"/> Ja, aufgrund eines Dienstverhältnisses im öffentlichen Dienst als Beamtin/Beamter	wer:	
<input type="checkbox"/> Ja, aufgrund eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses	wer:	
<input type="checkbox"/> Ja, aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses	wer:	
gegenüber wem:	seit:	

9 Sind Angehörige bei einer/einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ↓
Welche Person?		
Bei wem?	Name, Anschrift	
	Dienstherr, Arbeitgeber	

10 Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt oder werden solche Renten bereits gezahlt?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ↓		
bei folgendem Rentenversicherungsträger	Antragsdatum	Ist der Antrag abgelehnt worden?
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> noch nicht entschieden
für (Vorname(n), Familienname)	Bewilligungsdatum	Rentenhöhe (EURO mtl.):

*) Hierunter fallen: Pflegekostenversicherungen, Auslands-(Reise)versicherungen, Ergänzungstarife für Zahnkosten, Wahlleistungen im Krankenhaus o. ä., nicht aber Tagegeldversicherungen (Krankenhaustagegeldversicherung, Krankentagegeldversicherung).

11	Bitte ausfüllen, wenn Aufwendungen für die Ehegattin/den Ehegatten bzw. die Lebenspartnerin/den Lebenspartner geltend gemacht werden	Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten bzw. Ihrer Lebenspartnerin/Ihres Lebenspartners im Vorvorkalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags den Betrag von EURO 18.000? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ↓ Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich übersteigen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
12	Bitte ausfüllen bei a) Verletzungen jeglicher Art (auch wenn diese nicht mit einem Unfall in Verbindung stehen) oder b) bei Unfällen (ggf. kurze Unfallschilderung)	Die nachstehend aufgeführten Beleg.-Nr. enthalten Aufwendungen, die durch einen Unfall oder ein anderes schädigendes Ereignis entstanden sind: → Beleg-Nr.: Datum des schädigendes Ereignisses: geschädigte Person: <input type="checkbox"/> Unfallmeldung liegt bereits vor <input type="checkbox"/> erstmalige Unfallmeldung (fügen Sie bitte <u>stets</u> eine Unfallschilderung auf einem gesonderten Blatt bei – auch bei Unfällen im privaten Bereich -!) ↓ Es handelt sich um einen Unfall, der sich in folgendem Umfeld ereignet hat: <input type="checkbox"/> im privaten Bereich <input type="checkbox"/> während des Dienstes/der Arbeit <input type="checkbox"/> Schul- oder Kindergartenbesuch <input type="checkbox"/> es liegt ein sonstiges schädigendes Ereignis (z. B. eine Berufskrankheit) vor. Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung (z. B. auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, beamtenrechtlichen Unfallfürsorge oder nach dem Opferentschädigungsgesetz)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Hinweis: Auch in Schadensersatzfällen kann Beihilfe gewährt werden, wenn die Ersatzansprüche auf den Dienstherrn übergehen. Familienname, Vorname(n), Anschrift und Aktenzeichen der/des Ersatzpflichtigen/Kostenträgers: Besteht neben Ihrer Krankenversicherung (ggf. Prozenttarif) noch eine Ergänzungs- krankversicherung (ohne Krankenhaustagegeld- bzw. Krankentagegeld)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
13	Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für die Tätigkeit einer/eines nahen Angehörigen geltend gemacht werden	Um welche Aufwendungen handelt es sich? – Beleg-Nr.: (Als nahe Angehörige gelten: Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person) → Bitte Nachweis über entstandene Sachkosten beifügen!
14	Nur ausfüllen, wenn die private Versicherung Leistungsausschlüsse enthält	Die nachstehend angegebenen Belege enthalten Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder auf Dauer eingestellt worden sind. Beleg-Nr.: Bitte Nachweis über Ausschluss beifügen (Vers.-Scheine o. ä.)
15	Pflege Nur auszufüllen bei Aufwendungen wegen dauernder Pflegebedürftigkeit bzw. bei Einschränkung der Alltagskompetenz (Demenz)	Name der pflegebedürftigen Person: Beim Erstantrag und bei Änderungen muss der Leistungsbescheid der Pflegekasse beigefügt werden! In welcher Form erfolgt die Pflege? <input type="checkbox"/> Pflegedienst/Pflegefachkräfte <input type="checkbox"/> Pflegeaufwendungen nach § 45b SGB XI (eingeschränkte Alltagskompetenz) <input type="checkbox"/> Selbst beschaffte Pflegehilfe (Verwandte, Nachbarn etc.): ↓ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der pflegenden Person</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">Bei Versicherungspflicht der pflegenden Person bitte die Mitteilung/Änderungsmittteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung beifügen!</div> <input type="checkbox"/> Neuantrag <input type="checkbox"/> Verlängerungsantrag ↓ ↓ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> Beginn der Pflege: </div> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> Bisheriger Bewilligungszeitraum: vom bis Unterbrechung der Pflege <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja vom bis ggf. Grund der Unterbrechung: </div> </div> ↓ ↓ Abschlagszahlung für die Zeit vom bis (höchstens 6 Monate) wird beantragt. <input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege (teilstationäre Pflege) <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> stationäre Pflege <input type="checkbox"/> Pflege in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe <input type="checkbox"/> Zusätzliche Betreuungsleistungen werden geltend gemacht; s. beiliegenden Feststellungsbescheid der Pflegekasse! Bestehen zu den geltend gemachten Aufwendungen wegen Pflegebedürftigkeit Leistungsansprüche aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften (z. B. Unfallfürsorgebestimmungen, BVG)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Leistungsbescheid oder ähnliche Nachweise beifügen
16	Nur ausfüllen, wenn Sie einen Abschlag erhalten haben	Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten von EURO: Bescheid vom:

Zusammenstellung der Aufwendungen

– Wenn Aufwendungen für mehrere Personen geltend gemacht werden, bitte die **Belege nach Personen geordnet** eintragen: Antragstellerin/Antragsteller, Ehegattin/Ehegatte, Lebenspartner/Lebenspartnerin, Kinder – (bitte Rechnungen und Rezepte getrennt eintragen) –

Wichtiger Hinweis zur Spalte 6:

Auch Kostenerstattungen von anderer Seite sind durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung nachweislich nach einem Vomhundertsatz (Prozenttarif) bemessen werden, ist kein Einzelnachweis erforderlich und die Krankenkassenleistungen brauchen auch nicht angegeben zu werden.

1 Beleg-Nr.	2 Bezeichnung der/des Erkrankten (A = Antragsteller/in, E = Ehegatte/in, L = Lebenspartner/in, bei Kindern Vorname/n)	3 Datum der Rechnung, Kaufdatum der Arznei	4 Art der Aufwendungen (z. B. ärztl./zahnärztl. Behandlung, Arzneimittel, Hilfsmittel, Sanatorium oder Krankenhaus, Heilkur, auswärtige Unterbringung zur Pflege)	5 Rechnungsbetrag		6 Kostenerstattung von anderer Seite	
				EURO	Cent	EURO	Cent
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Beihilfebewilligung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Nachlässe auf die Kosten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe. Mir ist auch bekannt, dass ich verpflichtet bin, die Beihilfe für meine Ehegattin/meinen Ehegatten bzw. meine Lebenspartnerin/meinen Lebenspartner zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe der Einkünfte unzutreffend sind oder durch die nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (nach Festsetzung des Finanzamtes) unzutreffend werden.

Mir ist weiter bekannt, dass ich im Falle bewusst unrichtiger oder unvollständiger Angaben sowie Verfälschung von Belegen strafrechtlich und disziplinarrechtlich verfolgt werde. Arbeitnehmer haben mit einer Kündigung zu rechnen.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Ort, Datum:

Unterschrift: