

Familienname, Vorname	Dienstherr (ggf. früherer Dienstherr) / Arbeitgeber	Geburtsdatum
Anschrift	Sachbearbeiternummer / Personalnummer des Beihilfeberechtigten BF /	Besoldungs- / Entgeltgruppe seit:
Kreditinstitut / Bankverbindung	IBAN DE	BIC (Swift Code)
E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)	ggf. abweichender Kontoinhaber (Name, Anschrift)	Telefon tagsüber



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

**ERWEITERTER ANTRAG
auf Beihilfe** in der
beamtenrechtlichen Krankenfürsorge

NEU! Bitte beachten Sie: → **Belege werden NICHT zurückgesendet!**
Bitte KEINE Originale einreichen!

Zutreffendes bitte ankreuzen oder deutlich ausfüllen (Pflichtangaben)

<input type="checkbox"/> Erstmalige Antragstellung bei der Beihilfekasse der VAK Kiel Bitte alle Fragen vollständig beantworten.	<input type="checkbox"/> Erneute Antragstellung bei der Beihilfekasse der VAK Kiel. Nach Durchsicht der Fragen Nr. 1 bis 10 erkläre ich, dass <input type="checkbox"/> keine Veränderungen eingetreten sind. <input type="checkbox"/> Veränderungen eingetreten sind (bitte Frage 1 bis Frage 10 vollständig ausfüllen).
---	---

1	Nur auszufüllen von aktiven Beamten/innen bzw. Arbeitnehmer/innen	Ununterbrochen im öffentlichen Dienst seit: Im Dienst des jetzigen Dienstherrn / Arbeitgebers seit: <input type="checkbox"/> vollbeschäftigt <input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt seit: bis: <input type="checkbox"/> Altersteilzeit seit: bis: <input type="checkbox"/> ohne Bezüge beurlaubt seit: bis: Beurlaubungsgrund Rechtsgrundlage: Alleinerziehende/r <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Nachweis des Dienstherrn ist beigefügt. <input type="checkbox"/> Elternzeit seit: bis: <input type="checkbox"/> befristetes Dienst- / Arbeitsverhältnis seit: 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"/> verstorben am: <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft seit: <input type="checkbox"/> verwitwet seit: <input type="checkbox"/> geschieden seit: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft beendet seit: Vor- und Zuname der/des Ehe-/Lebenspartners Geburtsdatum der/des Ehe-/Lebenspartners Ist die Ehegattin/der Ehegatte, die Lebenspartnerin/der Lebenspartner, die Mutter/der Vater gemeinsamer berücksichtigungsfähiger Kinder erwerbstätig (auch die/der geschiedene/ getrennt lebende/r Ehegatte/in bzw. frühere/r Lebensgefährte/in)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei Arbeitgeber → Besteht hieraus eine eigene Beihilfeberechtigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3	Angaben zum Familienzuschlag	Berücksichtigungsfähiges Kind (Vorname ggf. abweichender Familienname, Geburtsdatum)	Antragsteller erhält Familienzuschlag <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Veränderungen					
		1. Kind	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wiederaufnahme (Datum)	Wegfall (Datum)				
		2. Kind	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
		3. Kind	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
		4. Kind	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
4	Anspruch auf Heilfürsorge/ Krankenhilfe oder Krankenfürsorge	Haben Sie oder Ihre Angehörigen (Ehegatte/in, Lebenspartner/in oder im Familienzuschlag berücksichtigte Kinder) einen Anspruch auf (→ Bitte Nachweis beifügen): a) Heilfürsorge nach Beamten- oder Soldatenrecht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein b) Krankenhilfe nach dem Bundesversorgung-, Lastenausgleichs-, Bundesentschädigungs-, Entwicklungshelfergesetz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein c) Krankenfürsorge nach dienst- oder arbeitsvertraglichen Regelungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
5	Krankenversicherungsschutz (Bitte Namen angeben)	Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen (Ehegatte/in, Lebenspartner/in und im Familienzuschlag berücksichtigte Kinder)?							
		Kurzbezeichnung der Krankenkassen bzw. Krankenversicherungen	bei privater Versicherung (bitte Nachweis beifügen)			bei einer gesetzlichen Kranken- oder Ersatzkasse			dieser Versicherungsschutz besteht seit:
			% Ambulant	% Stationär	% Zahnkosten	Zusatztarif (z. B. Pflegekosten, Wahlleistung, ergänzende Zahntarifvers.)	Pflichtversichert	Freiwilligversichert	
		Antragsteller/in (A)				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> (E)
		Ehegatte/in (E)				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> (A)
		Kind 1				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> (E) <input type="checkbox"/> (A)
		Kind 2				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> (E) <input type="checkbox"/> (A)
		Kind 3				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> (E) <input type="checkbox"/> (A)
Kind 4				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> (E) <input type="checkbox"/> (A)		
6	Zuschuss zur Krankenversicherung	Wird ein Zuschuss zur Krankenversicherung (z. B. vom Arbeitgeber) gewährt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja							
		Empfänger/in	ab	Höhe des mtl. Zuschusses (€)		Höhe des mtl. Versicherungsbeitrages (€)			
		1.)							
		2.)							
7	Sonstige eigene Beihilfeberechtigung	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 Beamter/in					wer:		
		<input type="checkbox"/> ja, aufgrund eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses					wer:		
		<input type="checkbox"/> ja, aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses					wer:		
		Gegenüber wem:					seit:		

8	Berücksichtigung von Angehörigen bei einem anderen Beihilfeberechtigten	<p>Sind Angehörige bei einer/einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <p>→ welche Person:</p> <p>→ Bei wem?:</p> <p>→ Name, Anschrift:</p> <p>→ Dienstherr:</p>
9	Renten aus gesetzlicher Rentenversicherung	<p>Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus einer gesetzlichen Rentenversicherung beantragt oder werden solche Renten bereits gezahlt?</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für <p>→ bei folgendem Versicherungsträger:</p> <p>→ Antragsdatum:</p> <p>→ Bewilligungsdatum:</p> <p>→ Ist der Antrag abgelehnt worden?</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> noch nicht entschieden
10	Abschlagszahlung	<p>Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten:</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: mit Bescheid vom:
11	Aufwendungen für den/die Ehegatten/in bzw. den/die Lebenspartner/in	<p>Werden Aufwendungen für den/die Ehegatten/in bzw. den/die Lebenspartner/in mit diesem Antrag geltend gemacht?</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) Ihres Ehepartners im Vorvorkalenderjahr , vor Stellung des Antrags, den Betrag von 20.000 € ? <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 (kein Beihilfeanspruch)
12	Verletzungen jeglicher Art Unfälle / Schädigende Ereignisse (ggf. kurze Schilderung)	<p>Die nachstehend aufgeführten Belegnummern enthalten Aufwendungen, die durch einen Unfall oder ein anderes schädigendes Ereignis (auch im privaten Bereich ohne Fremdeinwirkung) entstanden sind.</p> <p>Belegnummern:</p> <p>Datum des schädigenden Ereignisses: Geschädigte Person:</p> <input type="checkbox"/> Unfallmeldung liegt bereits vor <input type="checkbox"/> erstmalige Meldung des Unfalls bzw. schädigenden Ereignisses (Bitte den gesonderten Unfallbericht beifügen) <p>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. Berufskrankheit) vor</p> <p>Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (z. B. auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, beamtenrechtlicher Unfallfürsorge oder nach dem Opferentschädigungsgesetz). Bitte Ablehnungsbescheid / Erstattungsnachweis beifügen.</p> <p>Kommt Schadenersatz in Betracht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte den gesonderten Unfallbericht beifügen) Hinweis: Auch in Schadenersatzfällen kann Beihilfe gewährt werden, wenn die Ersatzansprüche auf den Dienstherrn übergehen.</p>
13	Leistungsausschlüsse der privaten Krankenversicherung	<p>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: Belegnummern: (Nachweise bitte beifügen)</p>

14	Pflege (Pflegegeld-Pauschale siehe Ziffer 16)	Beim <u>Erstantrag</u> und bei <u>Änderungen</u> (z. B. Pflegegrad, Leistungsart) muss der <u>Leistungsbescheid der Pflegekasse beigefügt werden.</u>			
		Name der pflegebedürftigen Person:			
		Beginn der Pflege:			
		Pflegegrad:		seit:	
14	Art der Pflege	<input type="checkbox"/> Häusliche Pflege (selbst beschaffte Pflege siehe Ziffer 16)			
		<input type="checkbox"/> Pflegedienst/-fachkräfte	<input type="checkbox"/> Tages- und Nachtpflege (Teilstationäre Pflege)	<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege
		<input type="checkbox"/> Es werden zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen aus dem Entlastungsbetrag geltend gemacht.			
		<input type="checkbox"/> Pflege in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe			
		<input type="checkbox"/> Stationäre Pflege			
14	Leistungsansprüche aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften	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)			
15	Pflegegeld-Pauschale in der dauernden Häuslichen Pflege	Name der pflegenden Person:			
		Neuantrag: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Beginn der Pflege: _____ ↳ Der Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> liegt bereits vor			
		Verlängerungsantrag: Bisheriger Bewilligungszeitraum: vom: _____ bis: _____ Grund: _____			
		Unterbrechung der Pflege: vom: _____ bis: _____ Grund: _____			
15	Beantragung einer Abschlagszahlung (höchstens 6 Monate)	vom: _____ bis: _____			
		<input type="checkbox"/> Es wird eine Abschlagszahlung vom _____ bis _____ beantragt.			
15		Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: _____ mit Bescheid vom: _____			

Zusammenstellung der Aufwendungen

Wenn Aufwendungen für mehrere Personen geltend gemacht werden, bitte die Belege nach Personen geordnet eintragen. Bitte Rechnungen und Rezepte getrennt eintragen.

Wichtiger Hinweis zu Spalte 6:

Auch Kostenerstattungen von anderer Seite sind durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung nachweislich nach einem Prozentsatz bemessen werden, ist kein Einzelnachweis erforderlich und die Krankenversicherungsleistungen brauchen nicht angegeben werden.

1	2	3	4	5	6	7
Beleg-Nr.	Bezeichnung der/des Erkrankten A = Antragsteller/in E = Ehegatte/in bei Kindern: Vorname	Datum der Rechnung oder Kaufdatum der Arznei	Art der Aufwendungen (z. B. ärztl./zahnärztl. Behandlung, Arzneimittel, Hilfsmittel, Rehabilitationseinrichtung, AHB, Heilkur, Krankenhaus, Pflegegeld, stationäre Pflege, etc.)	Rechnungsbetrag	Kostenerstattung anderer Seite	In Verbindung mit Unfall
1						<input type="checkbox"/> ja
2						<input type="checkbox"/> ja
3						<input type="checkbox"/> ja
4						<input type="checkbox"/> ja
5						<input type="checkbox"/> ja
6						<input type="checkbox"/> ja
7						<input type="checkbox"/> ja
8						<input type="checkbox"/> ja
9						<input type="checkbox"/> ja
10						<input type="checkbox"/> ja
11						<input type="checkbox"/> ja
12						<input type="checkbox"/> ja
13						<input type="checkbox"/> ja
14						<input type="checkbox"/> ja
15						<input type="checkbox"/> ja
16						<input type="checkbox"/> ja
17						<input type="checkbox"/> ja
18						<input type="checkbox"/> ja
19						<input type="checkbox"/> ja
20						<input type="checkbox"/> ja

Unterschrift

Ich versichere mit dem Einreichen dieses Antrags 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 eingereichten Aufwendungen sofort anzuzeigen habe. Mir ist bekannt, dass ich eine evtl. überzahlte Beihilfe zu erstatten habe. Mir ist weiter bekannt, dass ich im Falle bewusst unrichtiger oder unvollständiger Angaben sowie Fälschungen von Belegen strafrechtlich und disziplinarrechtlich verfolgt werde; Arbeitnehmer haben mit einer Kündigung zu rechnen. Mir ist auch bekannt, dass ich verpflichtet bin, eine Beihilfe für meine/n Ehegatten/in bzw. Lebenspartner/in zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe der Einkünfte (Frage 1) unzutreffend sind oder durch die nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (nach Festsetzung des Finanzamtes) unzutreffend werden. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht erstattet.

Ort, Datum

Unterschrift

Antragsteller (nur ausfüllen, wenn Sie nicht der/die Beihilfeberechtigte sind)

Ich bin

Bevollmächtigte/r sonstige/r Erbe/in Kind Ehe-/Lebenspartner/in Nachlassverwalter/in

Name/Anschrift: _____

Nachweis ist beigefügt

Nachweis liegt bereits vor.