

Bitte stets vollständig ausfüllen.

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



Versorgungsausgleichskasse
der Kommunalverbände
in Schleswig-Holstein

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

**KURZ-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"/> Hiermit erkläre ich, dass sich seit der letzten Antragstellung für mich und meine berücksichtigungsfähigen Angehörigen keine Änderungen ergeben haben.		Bei Änderungen (z. B. Einkünfte Ehegatte, Beitragszuschüsse, Familienstand, Versorgungsbezüge, Beurlaubung, Versicherungsverhältnis etc.) verwenden Sie bitte das ausführliche Antragsformular (Erweiterter Antrag).
1	Aufwendungen für den/die Ehegatten/in bzw. den/die Lebenspartner/in	Werden Aufwendungen für den/die Ehegatten/in bzw. den/die Lebenspartner/in mit diesem Antrag geltend gemacht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) Ihres Ehepartners / Ihres Lebenspartners 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)
2	Verletzungen jeglicher Art / Unfälle / schädigende Ereignisse (ggf. kurze Schilderung)	Die nachstehend aufgeführten Belegnummern enthalten Aufwendungen, die durch einen Unfall oder ein anderes schädigendes Ereignis (auch im privaten Bereich ohne Fremdeinwirkung) entstanden sind. Belegnummern: Datum des schädigenden Ereignisses: Geschädigte Person: <input type="checkbox"/> Unfallmeldung liegt bereits vor <input type="checkbox"/> erstmalige Meldung des Unfalls bzw. schädigenden Ereignisses (Bitte den gesonderten Unfallbericht beifügen) 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 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 Opferschädigungsgesetz). Bitte Ablehnungsbescheid / Erstattungsnachweis beifügen. 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.
3	Pflegegeld-Pauschale in der dauernden Häuslichen Pflege Beantragung einer Abschlagszahlung (höchstens 6 Monate)	Name der pflegebedürftigen Person: Selbst beschaffte Pflegeperson (Verwandte, Nachbarn, etc.): Name: 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: vom _____ bis _____ Grund: <input type="checkbox"/> Es wird eine Abschlagszahlung vom _____ bis _____ beantragt.
4	Abschlagszahlung	Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → in Höhe von _____ € mit Bescheid vom _____

5	Antragsteller (nur ausfüllen, wenn Sie nicht der/die Beihilfeberechtigte sind)	Ich bin	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r	<input type="checkbox"/> sonstige/r Erbe/in	<input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> Ehe-/Lebenspartner/in	<input type="checkbox"/> Nachlassverwalter
		Name/Anschrift: _____					
		<input type="checkbox"/> Nachweis ist beigefügt	<input type="checkbox"/> Nachweis liegt bereits vor.				

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 E = Ehegatte 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

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 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**