

Familienname, Vorname:	Dienstherr (ggf. früherer Dienstherr) / Arbeitgeber:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Personalnummer: BF /	Besoldungs-/Entgeltgruppe: seit:

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

Antrag auf Beihilfe

Für pflegebedingte Aufwendungen verwenden
 Sie bitte unseren gesonderten Pflegeantrag

Bei erstmaliger Antragsstellung oder bei
 Änderungen fügen Sie bitte zusätzlich unser
 „Beiblatt Stammdaten“ bei

Hinweise

- Bitte reichen Sie keine Originale ein. Die Belege werden nicht zurückgesandt.
- Bitte sortieren Sie die Belege nach Personen geordnet.
- Bitte die Belege nicht heften oder klammern.
- Bitte sortieren Sie Verordnungen zu den entsprechenden Belegen.
- Formulare finden Sie im Internet unter
www.vak-sh.de/die-vak/downloadbereich/#beihilfe--und--heilfuersorge

1. Aufwendungen für den/die Ehe- bzw. eingetragene/n Lebenspartner/in

(nur ausfüllen, sofern Aufwendungen geltend gemacht werden)

Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) Ihres/r Ehe- bzw. eingetragenen Lebenspartners/in im **Vorvorkalenderjahr** den Betrag von **20.000 EUR**?

- nein
 ja ↓

Werden die Einkünfte im **laufenden** Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich übersteigen?

- nein
 ja (kein Beihilfeanspruch)

2. Verletzungen jeglicher Art / Unfälle / schädigende Ereignisse (ggf. kurze Schilderung)

Die nachstehend aufgeführten Belege enthalten Aufwendungen, die durch einen Unfall oder ein anderes schädigendes Ereignis (auch im privaten Bereich ohne Fremdeinwirkung) entstanden sind.

Belege vom:

- „Bericht über schädigendes Ereignis“ liegt bereits vor
 erstmalige Meldung des Unfalls bzw. schädigenden Ereignisses
 (Bitte die gesonderte Anlage „Bericht über schädigendes Ereignis“
www.vak-sh.de/wp-content/uploads/2022/12/Anlage-Bericht-ueber-schaedigendes-Ereignis.pdf
 beifügen)

Kommt Schadenersatz in Betracht? nein ja



3. Anzahl und Gesamtsumme der beigefügten Belege	
Anzahl der Belege: (bspw. Arzneimittelverordnungen, Arztrechnungen)	Gesamtsumme der beigefügten Belege (in EUR):

4. Kontoverbindung	
Kreditinstitut:	IBAN:
ggf. abweichende/r Kontoinhaber/in (Name, Anschrift):	BIC (Swift Code):

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

6. Kontaktdaten (freiwillige Angaben)	
E-Mail:	Telefon:

Unterschrift	
<p>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. eingetragene/n 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.</p>	
Ort, Datum	Unterschrift

