



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					Wiederaufnahme (Datum)	Wegfall (Datum)		
		2. Kind								
		3. Kind								
		4. Kind								
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) <b>Heilfürsorge</b> nach Beamten- oder Soldatenrecht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein b) <b>Krankenhilfe</b> nach dem Bundesversorgung-, Lastenausgleichs-, Bundesentschädigungs-, Entwicklungshelfergesetz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein c) <b>Krankenfürsorge</b> nach dienst- oder arbeitsvertraglichen Regelungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
5	Krankenversicherungsschutz  (Bitte Namen angeben)	Welcher <b>Krankenversicherungsschutz</b> besteht für Sie und Ihre Angehörigen (Ehegatte/in, Lebenspartner/in und im Familienzuschlag berücksichtigte Kinder)?								
		Kurzbezeichnung der Krankenkassen bzw. Krankenversicherungen	bei <b>privater</b> Versicherung (bitte Nachweis beifügen)				bei einer <b>gesetzlichen</b> Kranken- oder Ersatzkasse			dieser Versicherungsschutz besteht seit:
			% Ambulant	% Stationär	% Zahnkosten	Zusatztarif (z. B. Pflegekosten, Wahlleistung, ergänzende Zahntarifvers.)	Pflichtversichert	Freiwilligversichert	Familienversichert bei	
		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> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <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> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, für</p> <p>→ bei folgendem Versicherungsträger:</p> <p>→ Antragsdatum:</p> <p>→ Bewilligungsdatum:</p> <p>→ Ist der Antrag abgelehnt worden?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> noch nicht entschieden</p>
10	Abschlagszahlung	<p>Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten:</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, in Höhe von:</p> <p>mit Bescheid vom:</p>
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> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja → <b>Überstieg</b> der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) Ihres Ehepartners im <b>Vorvorkalenderjahr</b>, vor Stellung des Antrags, den Betrag von <b>20.000 €</b>?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja → Werden die Einkünfte im <b>laufenden</b> Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich übersteigen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (kein Beihilfeanspruch)</p>
12	<p>Verletzungen jeglicher Art Unfälle / Schädigende Ereignisse</p> <p>(ggf. kurze Schilderung)</p>	<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><input type="checkbox"/> "Bericht über schädigendes Ereignis" liegt bereits vor</p> <p><input type="checkbox"/> erstmalige Meldung des Unfalls bzw. schädigenden Ereignisses (Bitte die gesonderte Anlage "Bericht über schädigendes Ereignis"; <a href="http://www.vak-sh.de">www.vak-sh.de</a> -&gt; Die VAK -&gt; Downloadcenter -&gt; Beihilfe -&gt; Vordrucke Antragsteller beifügen)</p> <p>Kommt Schadenersatz in Betracht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>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.</p> <p>Die nachstehend angegebenen Belege enthalten Aufwendungen für Krankheiten, für die <b>Versicherungsleistungen ausgeschlossen</b> oder auf <b>Dauer eingestellt</b> worden sind:</p> <p>Belegnummern:</p> <p>(Nachweise bitte beifügen)</p>

14	<b>Pflege</b>  (Pflegegeld-Pauschale siehe Ziffer 16)	<b>Beim <u>Erstantrag</u> und bei <u>Änderungen</u> (z. B. Pflegegrad, Leistungsart) muss der Leistungsbescheid der Pflegekasse beigefügt werden.</b>			
		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	<b>Pflegegeld-Pauschale</b> in der dauernden Häuslichen Pflege	Name der pflegenden Person:			
		<b>Neuantrag:</b> <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			
		<b>Verlängerungsantrag:</b> Bisheriger Bewilligungszeitraum: vom: _____ bis: _____  Unterbrechung der Pflege: vom: _____ bis: _____ Grund: _____  vom: _____ bis: _____ Grund: _____			
		<input type="checkbox"/> Es wird eine Abschlagszahlung vom _____ bis _____ beantragt.			
15	Beantragung einer <b>Abschlagszahlung</b> (höchstens 6 Monate)	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.