

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

## Beiblatt Stammdaten

Für allgemeine Aufwendungen verwenden Sie bitte unseren gesonderten Antrag auf Beihilfe

Für pflegebedingte Aufwendungen verwenden Sie bitte unseren gesonderten Pflegeantrag

Bei erstmaliger Antragsstellung oder bei Änderungen fügen Sie bitte immer dieses Beiblatt bei

### Hinweise

- Formulare finden Sie im Internet unter [www.vak-sh.de/die-vak/downloadbereich/#beihilfe--und--heilfuersorge](http://www.vak-sh.de/die-vak/downloadbereich/#beihilfe--und--heilfuersorge)

### 1. Status

Nur auszufüllen von aktiven Beamten/innen bzw. Arbeitnehmer/innen:

Ununterbrochen im öffentlichen Dienst seit:  
 Im Dienst des jetzigen Dienstherrn/Arbeitgebers seit:

vollbeschäftigt       teilzeitbeschäftigt mit      Wochenstunden seit:  
 Altersteilzeit seit:  
 Elternzeit von:      bis:

Alleinerziehende/r       nein       ja, Nachweis des Dienstherrn ist beigelegt

ohne Bezüge beurlaubt seit:  
 ↳ Beurlaubungsgrund/Rechtsgrundlage:

befristetes Dienst-/Arbeitsverhältnis von:      bis:

Nur auszufüllen von Versorgungsempfängern/innen:

Eintritt in den Ruhestand bzw. Beginn des Anspruchs auf Versorgungsbezüge:

Sind Sie noch berufstätig?       nein       ja, bei:  
 Beziehen Sie mehrere Versorgungsbezüge?       nein       ja, von:



2. Familienbezogene Daten	
Name, Vorname der/des Ehe- bzw. eingetragene/r Lebenspartner/in:	Geburtsdatum:
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet bzw. eingetragen seit: <input type="checkbox"/> geschieden bzw. aufgehoben seit: <input type="checkbox"/> verwitwet seit: <input type="checkbox"/> verstorben am:	
Ist die/der Ehe- bzw. eingetragene Lebenspartner/in, die Mutter/der Vater gemeinsamer berücksichtigungsfähiger Kinder erwerbstätig (auch die/der geschiedene/ getrennt lebende/r Ehegatte/in bzw. frühere/r Lebenspartner/in)?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei Arbeitgeber: <input type="checkbox"/> Besteht hieraus eine eigene Beihilfeberechtigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

3. Angaben zum Familienzuschlag				
berücksichtigungsfähiges Kind		Antragsteller erhält Familienzuschlag	Veränderungen	
(Vorname, ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum		Wiederaufnahme (Datum)	Wegfall (Datum)
1. Kind		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
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. Krankenversicherung								
Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen (Ehe- bzw. eingetragene/r Lebenspartner/in oder im Familienzuschlag berücksichtigte Kinder)?								
	bei einer privaten Versicherung			bei einer gesetzlichen Kranken- oder Ersatzkasse				versichert seit
	% ambulant	% stationär	% Zahn	pflicht-versichert	freiwillig versichert	Familien-versichert bei		
						A	E	
Antragsteller/in (A)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Ehe- bzw. Lebenspartner/in (E)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1. Kind				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Kind				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Kind				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Kind				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Nachweis ist beigefügt <input type="checkbox"/> Nachweis liegt bereits vor								



5. Zuschuss zur Krankenversicherung		
Wird ein Zuschuss zur Krankenversicherung (z.B. vom Arbeitgeber) gewährt?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ↓		
Empfänger/in	Höhe des mtl. Zuschusses (EUR)	seit
<input type="checkbox"/> Nachweis ist beigefügt <input type="checkbox"/> Nachweis liegt bereits vor (Rentner/innen bitten wir den letzten Rentenbescheid beizufügen)		

6. Leistungsausschlüsse (nur ausfüllen, wenn die private Versicherung Leistungsausschlüsse enthält)	
Die nachstehend angegebenen Belege enthalten Aufwendungen für Krankheiten, für die <b>Versicherungsleistungen ausgeschlossen</b> oder <b>auf Dauer eingestellt</b> worden sind:	
<input type="checkbox"/> Nachweis ist beigefügt <input type="checkbox"/> Nachweis liegt bereits vor	
Datum der Rechnung	Praxisname o.ä.

7. sonstige eigene Beihilfeberechtigung		
Haben Sie oder Ihre Angehörigen (Ehe- bzw. eigetragene/r Lebenspartner/in oder im Familienzuschlag berücksichtigte Kinder) eine sonstige eigene Beihilfeberechtigung? <input type="checkbox"/> ja ↓ <input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> aufgrund einer beamtenrechtlichen Versorgung	wer:	seit:
<input type="checkbox"/> aufgrund eines Dienstverhältnisses im öffentlichen Dienst als Beamter/in	wer:	seit:
<input type="checkbox"/> aufgrund eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses	wer:	seit:
<input type="checkbox"/> aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses	wer:	seit:
gegenüber wem:		

8. Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Krankenfürsorge		
Haben Sie oder Ihre Angehörige (Ehe- bzw. eigetragene/r Lebenspartner/in oder im Familienzuschlag berücksichtigte Kinder) einen Anspruch auf		
• Heilfürsorge nach Beamten- oder Soldatenrecht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Krankenhilfe nach dem Bundesversorgung-, Lastenausgleichs-, Bundesentschädigungs- oder Entwicklungsgesetz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Krankenfürsorge nach dienst- oder arbeitsvertraglichen Regelungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Nachweis ist beigefügt <input type="checkbox"/> Nachweis liegt bereits vor		



9. Berücksichtigung von Angehörigen bei einem/r anderen Beihilfeberechtigten/in		
Sind Angehörige bei einem/r anderen Beihilfeberechtigten/in ebenfalls berücksichtigungsfähig?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ↓		
Wer?	bei wem?	Dienstherr

10. Renten aus gesetzlicher Rentenversicherung			
Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus einer gesetzlichen Rentenversicherung beantragt oder werden solche Renten bereits gezahlt?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ↓			
Für wen?	bei welchem Versicherungsträger?	Antragsdatum	Bewilligungsdatum
Ist der Antrag abgelehnt worden?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> noch nicht entschieden			

Unterschrift	
Ich versichere mit dem Einreichen dieses Beiblatts die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Beihilfebewilligung sind. 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.	
Ort, Datum	Unterschrift

