

Eingangsstempel

Anzahl der Belege	
Gesamtbetrag der Aufwendungen	Euro

Pflegeaufwendungen enthalten

Finanzamt Dessau - Roßlau
Bezügestelle
Kühnauer Straße 161
06846 Dessau-Roßlau

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

dem Bescheid soll ein neuer Papiervordruck beigefügt werden (Vordruck 035 070)

dem Bescheid soll ein Antrag „Pflegeleistungen“ beigefügt werden (Vordruck 035 097)

Informationen zum Bereich Beihilfe
sowie Vordrucke finden Sie unter:
www.lsaurl.de/bzstlsa

Antrag auf Beihilfe

in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)

Bitte reichen Sie die Belege ausschließlich in Kopie ein, da diese nicht zurückgesandt werden.

Name, Vorname der/des Beihilfeberechtigten	geboren am	Personalnummer	
Wohnanschrift (nur bei Erstantrag oder Änderung)		Telefon/Hausruf ¹⁾	
Nur für aktive Beschäftigte Der Beihilfebescheid soll wegen <input type="checkbox"/> Beurlaubung (z. B. Mutterschutz, Elternzeit) <input type="checkbox"/> Altersteilzeitfreistellungsphase <input type="checkbox"/> langfristiger Erkrankung an die Wohnanschrift gesandt werden.			
<input type="checkbox"/> Erstantrag: Bitte alle Fragen beantworten!			
<input type="checkbox"/> Folgeantrag: Haben sich Änderungen bei den Fragen Nr. 1 bis 3 gegenüber den Angaben im letzten Antrag auf Beihilfe ergeben, z. B. Wegfall des kindergeldbezogenen Anteils im Familienzuschlag (siehe Nr. 2.3)? <input type="checkbox"/> nein: weiter bei Nr. 4 oder ggf. Kurzantrag (Vordruck 035 069 - www.lsaurl.de/bzstlsa) verwenden <input type="checkbox"/> ja: folgende Änderungen unter Nr. 1 bis 3 dann weiter ab Nr. 4			
1. Angaben zur Beschäftigung (nur bei Erstantrag oder Änderungen)			
Dienststelle/ Versorgungsstelle	Versorgungsempfänger(in) seit	Beamter/Beamtin seit <input type="checkbox"/> auf Widerruf	befristet beschäftigt von - bis
Elternzeit von - bis	Beurlaubung ohne Dienstbezüge gemäß § 65 Abs. 1 LBG LSA von - bis	sonstige Beurlaubung ohne Dienstbezüge von - bis	

¹⁾ freiwillige Angabe

2. Beihilfeberechtigung und Beihilfebemessungssatz (nur bei Erstantrag oder Änderungen)				
2.1 Haben Sie oder Ihre Angehörigen, für die Aufwendungen geltend gemacht werden, eine weitere oder eigene Beihilfeberechtigung?				
<input type="checkbox"/> nein				
<input type="checkbox"/> ja, aufgrund einer beamtenrechtlichen Versorgung (z.B. Hinterbliebenenversorgung)		Wer? (Name, Vorname, Geburtsdatum)		
<input type="checkbox"/> ja, aufgrund eines Dienstverhältnisses als Beamtin, Beamter oder Richter(in)		Wer? (Name, Vorname, Geburtsdatum)		
<input type="checkbox"/> ja, aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses (z.B. als Arbeitnehmer(in) im öffentlichen Dienst)		Wer? (Name, Vorname, Geburtsdatum)		
<input type="checkbox"/> ja, aufgrund eines Abgeordnetenmandats		Wer? (Name, Vorname, Geburtsdatum)		
Gegenüber wem und seit wann besteht die Beihilfeberechtigung? (Bitte Bezeichnung und Anschrift der Beihilfestelle angeben.)				
2.2 Sind Kinder, für die Aufwendungen geltend gemacht werden, bei einem/einer anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig (z. B. bei dem anderen Elternteil)?				
ja	nein	Name, Vorname und Geburtsdatum des Kindes	Name, Vorname, Geburtsdatum des anderen Berechtigten	Anschrift der Beihilfestelle und Rechtsverhältnis ²⁾
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2.3 Ich habe für den Zeitraum, für den Leistungen beantragt werden, den kindergeldbezogenen Anteil im Familienzuschlag für folgende(s) Kind(er) erhalten:				
ja	nein	wenn nein, Kindergeld wurde beantragt am	Vorname des Kindes	Geburtsdatum des Kindes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

²⁾Rechtsverhältnis: z. B. Abgeordnetenmandat, Arbeitnehmer/in, Beamtin, Beamter, Richter/in, Versorgungsempfänger/in, Beamtin, Beamter mit Heilfürsorgeanspruch

3. Krankenversicherungsschutz, soweit Aufwendungen für die nachstehenden Personen geltend gemacht werden (nur bei Erstantrag oder Änderungen - **Nachweis ist beizufügen)**

Person	seit (Datum)	privat versichert	freiwillig gesetzlich versichert	pflicht-versichert	familien-versichert	Heil-fürsorge
Beihilfeberechtigte(r)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegattin/Ehegatte/ein- getragene(r) Lebenspartner(in)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind		<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind		<input type="checkbox"/>	<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"/>

4. Werden Aufwendungen für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner bzw. die nicht selbst beihilfeberechtigte Ehegattin/eingetragene Lebenspartnerin geltend gemacht?

nein ja, für

Name, Vorname	geboren am
---------------	------------

wenn ja:
Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) Ihres/Ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe den Betrag von 20.878 Euro?

nein ja

Nach § 6 Abs. 2 BBhV ist der Gesamtbetrag der Einkünfte des Vorvorjahres durch Vorlage einer Kopie des Steuerbescheides nachzuweisen.

Der Nachweis liegt bereits vor. ist beigelegt. wird nachgereicht.⁽¹⁾

Werden die Einkünfte in diesem Kalenderjahr den Betrag 20.878 Euro voraussichtlich überschreiten?

nein⁽¹⁾ ja

(1) Die Beihilfefestsetzung erfolgt in diesem Fall bis zum abschließenden Nachweis unter dem Vorbehalt des Widerrufs.

5. Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall?

ja

Dienstunfall
Bitte nutzen Sie das Formular „Antrag auf Erstattung der Aufwendungen eines Dienstunfalls“ (Vordruck 035 072) für die Erstattung dieser Aufwendungen.
Zuständig für die Anerkennung eines Dienstunfalls ist Ihre Personaldienststelle.

Unfall eines Kindes in einer Kindereinrichtung/Schule (einschließlich Wegeunfall)
Beantragen Sie die unfallbedingten Aufwendungen bitte bei der hierfür zuständigen gesetzlichen Unfallkasse.

Unfall im privaten Bereich bzw. durch ein anderes schädigendes Ereignis
Besteht hierfür ein Schadenersatzanspruch?

nein ja oder noch ungeklärt

Datum des Unfalls

Welche Belege/Aufwendungen sind davon betroffen?

Kennzeichnen Sie diese Belege bitte zusätzlich mit dem Buchstaben „U“. Bewahren Sie bitte eine Kopie des jeweiligen Beleges sowie den Bescheid über die gewährten Erstattungen für eine eventuelle Abforderung Ihrer Personaldienststelle auf.

