

# Antrag auf Gewährung einer Beihilfe

Antragsteller/in Name, Vorname

Beihilfe-Personalnummer

Geburtsdatum

20074

9

Dienststellennr.

Recht

Dienststellenpersnr.

DESY Deutsches-Elektronen-Synchrotron

Dienststellename

HHST/Kostenstelle

BBZ Beihilfe- und Beratungszentrum GmbH  
Bruchstr. 54a  
67098 Bad Dürkheim

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer dienstlich / privat - Angabe freiwillig -

E-Mailadresse dienstlich / privat - Angabe freiwillig -

| Eintrittsdatum     | Austrittsdatum | Vergütungs- bzw. Besoldungsgruppe                                | Vollbeschäftigung             |                               | Zahl der Wochenstunden |      |
|--------------------|----------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------|------|
|                    |                |                                                                  | <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein | Soll:                  | Ist: |
| Im Ruhestand seit: |                | Beurlaubung ohne Dienstbezüge in den letzten 12 Monaten          |                               |                               |                        |      |
|                    |                | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Grund |                               | von _____ bis _____           |                        |      |
| Familienstand:     |                | seit:                                                            | Elternzeit:                   |                               |                        |      |
|                    |                |                                                                  | Antragsteller/in              |                               | von _____ bis _____    |      |
|                    |                |                                                                  | Ehegatte/in, Lebenspartner/in |                               | von _____ bis _____    |      |

**Bitte keine Originalbelege beifügen und die Kopien nicht klammern, heften oder kleben.**

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner eingedruckten bzw. ergänzten Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen, den nachträglichen Wegfall des Familienzuschlags, sowie die Änderung des Familienstandes sofort der Beihilfestelle anzuzeigen habe.

Dass wahrheitswidrige Angaben die Vertrauensgrundlage erheblich stören und zu rechtlichen Konsequenzen führen können, ist mir bekannt.

Für die mit diesem Antrag geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Die Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung erhoben (§ 80 Abs. 9 HmbBG und § 2 HmbBeihVO).

**Datum, Originalunterschrift der/des Beihilfeberechtigten der/des Bevollmächtigten**

Kontoinhaber/in: \_\_\_\_\_

|      |     |
|------|-----|
| IBAN | BIC |
|------|-----|

Es werden **Pflegeaufwendungen** nach § 22 HmbBeihVO geltend gemacht  
(Bitte zusätzlich Anlage „Pflege“ ausfüllen)

Ja

Bei wiederholter Antragstellung:

Haben sich Änderungen zu den Nummern 1 bis 3 gegenüber den Angaben im letzten Beihilfeantrag ergeben?

Ja Bitte Nummern 1 bis 3 vollständig ausfüllen

Nein Bitte weiter bei Nummer 4



Stand: 04/2019

- A. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungs- bzw. Kaufdatum beantragt wurde. Für den Fristablauf ist der Tag des Antrags bei Ihrer Dienststelle oder bei der BBZ GmbH (Posteingangsstempel) maßgeblich. Der Bemessungssatz richtet sich nach den Verhältnissen zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen. Die Summe der eingereichten Rechnungen muss € 200 je Antrag übersteigen.
- B. Bitte beachten Sie, dass Kopien und Zweitschriften deutlich lesbar sein müssen und dass Arzneimittelverordnungen die Apotheken- und die Pharmazentralnummer enthalten müssen und Ihre Belege nicht zurückgesandt werden.
- C. Bei Heilbehandlungen und Hilfsmitteln sowie bei Arznei- und Verbandmitteln legen Sie bitte neben der Rechnung die Verordnung einer Ärztin/eines Arztes bzw. einer Heilpraktikerin/eines Heilpraktikers vor.

## 1 Angaben zu Angehörigen

Ehegatte/in, eingetragener Lebenspartner/in  
Name, Vorname

Geburtsdatum  
TT.MM.JJJJ

Hat der/die Ehegatte/in eingetragene Lebenspartner/in einen eigenen Beihilfeanspruch?  Ja  Nein

Hat der/die Ehegatte/in, eingetragene Lebenspartner/in eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?  Ja,  Nein  
seit \_\_\_\_\_

Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) der/des Ehegatten/in, Lebenspartners/in im Kalenderjahr vor der Antragstellung € 18.000 überstiegen? (siehe Anm. D)  Ja  Nein  
 Noch nicht absehbar

Wird diese Einkunftsgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten?  Ja  Nein  
 Noch nicht absehbar

| Kinder Name, Vorname | Geburtsdatum TT.MM.JJJJ | Besteht Anspruch auf Familienzuschlag im Behandlungszeitraum? (s. Anm. E) | fortlaufend bis Monat / Jahr | Wegfall aus dem Familienzuschlag ab | Wiederaufnahme in den Familienzuschlag ab | Erhalten Sie nach Wiederaufnahme den Familienzuschlag     |
|----------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 03                   |                         | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                 |                              |                                     |                                           | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

- D. Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG sind neben dem um die Werbungskosten bzw. den Arbeitnehmer-Pauschalbetrag verminderten Arbeitslohn, insbesondere der zu versteuernde Anteil von Renten (*bei erstmaligem Rentenbezug ab 01.01.2004 Bruttorentenbetrag*), Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie Einkünfte aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit. Kapitaleinkünfte, die nach § 32d Abs. 1 EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert wurden oder die der Kapitalertragssteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Abs. 5 EStG unterliegen haben, sind den Einkünften, der Summe der Einkünfte und dem Gesamtbetrag der Einkünfte hinzuzurechnen (vgl. § 2 Abs. 5a EStG).

Der Gesamtbetrag der Einkünfte ist durch Vorlage einer Ablichtung des Steuerbescheides nachzuweisen. Weist der Steuerbescheid den Gesamtbetrag der Einkünfte nicht vollständig aus, können andere Nachweise angefordert werden. (§ 80 Abs. 11 HmbBG)

- E. Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis 25. Lebensjahr ggf. zzgl. Zeit des Wehr-, Zivil- oder Freiwilligendienstes bzw. die Tätigkeit als Entwicklungshelfer), oder die arbeitslos sind (bis 21. Lebensjahr) und der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen. Die Dauer der weiteren Berücksichtigungsfähigkeit entspricht der Dauer des abgeleiteten Dienstes, insgesamt höchstens zwölf Monate. Sollten Sie privat krankenversichert sein, so achten Sie bitte darauf, Ihre private Krankenversicherung anzupassen.

| 2 Krankenversicherungsschutz                                                                                                       |                       |                             |                          |                                 |                          |                                                       |                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Bitte immer für den Antragsteller/in und ggf. für die Personen vollständig ausfüllen, für die Beihilfe beantragt wird. (s. Anm. F) |                       |                             |                          |                                 |                          |                                                       |                                                                                    |
| Versicherte Person                                                                                                                 | Keine Versicherung ab | Private Krankenversicherung | Zusatzversicherung       | Gesetzliche Krankenversicherung |                          |                                                       |                                                                                    |
|                                                                                                                                    |                       |                             |                          | Freiwillig vers.                | Pflichtvers.             | Familienversichert über                               | Gesetzliche Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) seit |
| Antragsteller /in (A)                                                                                                              |                       | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |                                                       | <input type="checkbox"/>                                                           |
| Ehegatte/in eingetrag. Lebenspartner/in (E)                                                                                        |                       | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> A                            | <input type="checkbox"/>                                                           |
| Kind 1                                                                                                                             |                       | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E | <input type="checkbox"/>                                                           |

| 3 Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag                                                                                                                                   |                            |                          |                                                           |                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Steht Ihnen oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (z. B. aus einem Arbeitsvertrag, vom Rentenversicherungsträger) zu? |                            |                          |                                                           | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Betreffende Person                                                                                                                                                           | KV-beitrag im Antragsmonat | Zuschuss im Antragsmonat | Nachweis liegt bei                                        | Nachweis liegt BBZ vor                                    |
|                                                                                                                                                                              | €                          | €                        | <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"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

F. Bitte legen Sie ebenfalls unaufgefordert Versicherungsbescheinigungen über eventuelle Summen-/Zusatzversicherungen (z. B. Auslandskrankenversicherung, Zahnzusatzversicherung, Zusatzversicherung für wahlärztliche Leistungen, Krankenhaustagegeld-, Kurversicherungen mit pauschalem Kurtagegeld, Pflege tagegeldversicherung o.ä.) vor.

Privat Versicherte: Bitte legen Sie unaufgefordert, bei jedem Erstantrag der über die BBZ abgerechnet wird, oder bei jeder Änderung Ihres Versicherungsverhältnisses bzw. des Versicherungsverhältnisses Ihrer Angehörigen eine Versicherungsbescheinigung vor.

**4 Vorrangige Ansprüche auf Leistungen im Krankheitsfall nach anderen Rechtsvorschriften**

a) Bestehen zu den geltend gemachten Aufwendungen Ansprüche aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften (z. B. gesetzliche Unfallversicherung, Bundesentschädigungsgesetz) oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen (z. B. Dienstunfallfürsorge)?

Nein  Ja, bitte ausfüllen

| Betreffende Person<br>Name, Vorname | Art des Anspruchs | Nachweis liegt bei       | Nachweis liegt vor       |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                     |                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                     |                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

b) Es wurden oder werden **Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz** (Gesetz über die staatliche Versorgung von Kriegssopfern) in Anspruch genommen.  Ja, bitte Belege oben rechts mit **G** kennzeichnen

**5 Werden Aufwendungen für Behandlungen durch einen nahen Angehörigen geltend gemacht?**

Die Behandlung erfolgte **durch eine/einen nahen Angehörige/n**.  
 Hierzu zählen: Ehegatte/in, eingetragene/r Lebenspartner/in, Eltern oder Kinder der behandelten Person **oder** bei Familien- und Hauspflegekräften **zusätzlich**: Enkelkinder, Geschwister, Großeltern, Verschwägerte ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person.

Nein  
 Ja, bitte Belege oben rechts mit **A** kennzeichnen

**6 Werden Aufwendungen aufgrund von Unfällen geltend gemacht?**

G. Ein Unfall liegt vor, wenn der Beihilfeberechtigte durch ein plötzliches, unfreiwilliges und von außen einwirkendes Ereignis einen Schaden erleidet.

Nein  
 Ja, bitte Rechnungsbelege mit **U** kennzeichnen und den ausgefüllten **Unfallbericht** beifügen.

Es handelt sich um:

|                                                        |                                                             |                                                                                          |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dienstunfall                  | <input type="checkbox"/> Unfall in der Schule/ Kindergarten | Der Unfallbericht liegt vor<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Wegeunfall                    | <input type="checkbox"/> Unfall beim Studium                |                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Unfall im privaten Bereich    | <input type="checkbox"/> Sportunfall                        |                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Folgeerkrankung eines Unfalls |                                                             |                                                                                          |

Ist ein Fremdverschulden ausgeschlossen?  Ja  Nein, bitte **Abtretungserklärung** ausfüllen

Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?  Ja  Nein

Haben Sie bereits eine Erstattung von dritter Stelle erhalten?  
 Nein  
 Wenn ja, in welcher Höhe: \_\_\_\_\_

Bitte den entsprechenden Nachweis beifügen.

War/Ist ein Gerichtsverfahren anhängig?  Ja  Nein

**7 In Geburtsfällen und bei Adoptionen**

Ich beantrage den Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO.  Ja  
 (Bitte Kopie der Geburtsurkunde bzw. Adoptionsurkunde beifügen.)

**8 Sterbefälle**

| Name, Vorname der/ des Verstorbenen | Todestag | TT.MM.JJJJ |
|-------------------------------------|----------|------------|
|                                     |          |            |

Stehen Sterbe-/ Bestattungsgelder zu?  Nein  Ja \_\_\_\_\_ €

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich am \_\_\_\_\_ einen Vorschuss in Höhe von \_\_\_\_\_ € erhalten. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Aufwendungen, für die ich einen Vorschuss erhalten habe, innerhalb eines Jahres beantragt werden müssen, da sie andernfalls verjähren und der Vorschuss zurückgefordert wird.

**Die Bearbeitung des Beihilfeantrages und die Festsetzung der Beihilfe führt die BBZ Beihilfe- und Beratungszentrum GmbH, Bruchstraße 54 a, 67098 Bad Dürkheim im Auftrag durch.**

# Anlage „Pflege“

Aufwendungen für dauernde Pflege zum Beihilfeantrag der/des  
Name, Vorname

TT.MM.JJJJ  
vom

| 1 Angaben zur Pflegeversicherung                |                                    |                                    |                                                       |
|-------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Versicherte Person                              | In der privaten Pflegeversicherung | In der sozialen Pflegeversicherung |                                                       |
|                                                 |                                    | Mitglied                           | Familienversichert über                               |
| Antragsteller/in (A)                            | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>           |                                                       |
| Ehegatte/in, eingetragener Lebenspartner/in (E) | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> A                            |
| Kind 1                                          | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E |
| Kind 2                                          | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E |

| 2 Angaben zu Pflegeleistungen         |                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pflegebedürftige Person Name, Vorname | Pflegegrad                                                                                                                                                        |
|                                       | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |

Einstufungs- bzw. Bewilligungsbescheid der Pflegeversicherung (nur bei erstmaliger Beantragung von Beihilfe zu Pflegeleistungen oder bei Änderungen erforderlich)

liegt bei  wird nachgereicht  
 liegt vor

| Häusliche Pflege                      | Stationäre Pflege                              | Ambulant betreute Wohngruppe                    | Sonstige Leistungen                                                |
|---------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pflegedienst | <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege | <input type="checkbox"/> Wohngruppenzuschlag    | <input type="checkbox"/> Unterstützungs- und Entlastungsleistungen |
| <input type="checkbox"/> Pflegeperson | <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege        | <input type="checkbox"/> Wohnumfeldverbesserung | <input type="checkbox"/> Ersatz-/Verhinderungspflege               |
| <input type="checkbox"/> Kombination  | <input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege    | <input type="checkbox"/> Anschubfinanzierung    |                                                                    |

Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der Pflegeperson (nur bei erstmaliger Beantragung von Beihilfe zu Pflegeleistungen oder bei Änderungen erforderlich)

liegt bei  wird nachgereicht  
 liegt vor

| a) Bei häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen             |                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en):                        | Dauer der Pflege (ggf. je Pflegeperson): |
|                                                                                     | Stunden/Woche                            |
| Dauer der Pflege (Antragszeitraum)                                                  | von _____ bis _____                      |
| Unterbrechung der Pflege wegen                                                      |                                          |
| <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt der pflegebedürftigen Person         | von _____ bis _____                      |
| <input type="checkbox"/> Stat. Rehabilitationsmaßnahme der pflegebedürftigen Person | von _____ bis _____                      |
| <input type="checkbox"/> Urlaub der pflegebedürftigen Person                        | von _____ bis _____                      |
| <input type="checkbox"/> Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson                    | von _____ bis _____                      |

b) Bei **vollstationärer Pflege** (nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen)  
Bitte Nachweise beifügen.

Bei Beantragung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bitte angeben und Nachweise über die Bezüge, Renten usw. beifügen (Angaben über die Bezüge des Ehegatten/in, eingetragenen Lebenspartners/in sind nur erforderlich, wenn dieser/diese stationär gepflegt wird).

|                                                                                                | Antragsteller/in | Ehegatte/in, eingetragener Lebenspartner/in |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------|
| Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto, ohne sonstige variable Bezügebestandteile)              | €                | €                                           |
| Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters-/Hinterbliebenenversorgung | €                | €                                           |
| Arbeitsentgelt/Lohnersatzleistung                                                              | €                | €                                           |

c) Pflegewohngeld, **Bitte Bestätigung des Pflegeheims beifügen!**

|                                                                                            |                                                           |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------|
| Wurde Pflegewohngeld beantragt?                                                            | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Bewilligung ab:   |
| Wurde das bezogene Wohngeld bereits unmittelbar bei den Investitionskosten berücksichtigt? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Monatl. Betrag: € |

# Zusammenstellung der Aufwendungen

Antragsteller/in Name, Vorname

Beihilfe-Personalnummer

Geburtsdatum

Vom/Von der Antragsteller/in auszufüllen:

| Beleg Nr. | Rechnungsdatum | 1) Art/ 2) Empfänger der Leistung |  | Rechnungsbetrag<br>Euro | Leistungen von Versicherungen |      | Bemerkungen |
|-----------|----------------|-----------------------------------|--|-------------------------|-------------------------------|------|-------------|
|           |                |                                   |  |                         | %                             | Euro |             |
| 01        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 02        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 03        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 04        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 05        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 06        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 07        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 08        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 09        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 10        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 11        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 12        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 13        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 14        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 15        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 16        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 17        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 18        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 19        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 20        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 21        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 22        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 23        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 24        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 25        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 26        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 27        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 28        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 29        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
| 30        |                |                                   |  |                         |                               |      |             |
|           | Abschlag       |                                   |  |                         |                               |      |             |
|           | Summe          |                                   |  |                         |                               |      |             |

1) Bitte folgende Abkürzungen verwenden:

- |                      |                               |                                  |                             |
|----------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| 100 = Arztkosten     | 170 = Hilfsmittel             | 320 = Kieferorthopädie           | 620 = Kurzzeitpflege        |
| 110 = Fahrtkosten    | 180 = Hebamme                 | 400 = Amb. Kur                   | 622 = Verhinderungspflege   |
| 120 = Heilpraktiker  | 190 = Behandlungspflege       | 410 = Stat. Reha                 | 624 = Betreuungsbedarf      |
| 130 = Physiotherapie | 200 = Stationäre Arztrechnung | 420 = Amb. Reha                  | 626 = Amb. Wohngruppe       |
| 135 = Amb. Rehasport | 210 = Stationäre Unterkunft   | 500 = Geburtskosten              | 640 = Vollstationäre Pflege |
| 140 = Psychotherapie | 240 = Haushaltshilfe          | 510 = Sterbekosten               | 700 = Sonstiges             |
| 150 = Arzneimittel   | 300 = Zahnbehandlung          | 600 = Ambulante Pflege           |                             |
| 160 = Sehhilfe       | 310 = Proth. Zahnbehandlung   | 610 = Sach-/Kombinationsleistung |                             |

2) Bitte folgende Abkürzungen verwenden:

- |                       |                                    |             |                 |
|-----------------------|------------------------------------|-------------|-----------------|
| 01 = Antragsteller/in | 02 = Ehegatte/in, Lebenspartner/in | 03 = Kind 1 | 04 = Kind 2 usw |
|-----------------------|------------------------------------|-------------|-----------------|

