

Antrag auf Gewährung einer Beihilfe

Antragsteller/in Name, Vorname

Beihilfe-Personalnummer

Geburtsdatum

20075

3

Dienststellennr.

Recht

Dienststellenpersnr.

DESY Deutsches-Elektronen-Synchrotron

Dienststellenname

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 (§§ 6 und 46 BBhV).

Datum, Originalunterschrift der/des Beihilfeberechtigten der/des Bevollmächtigten

Kontoinhaber/in: _____

IBAN	BIC
------	-----

Es werden **Pflegeaufwendungen** nach § 37ff BBhV geltend gemacht Ja
(Bitte zusätzlich Anlage „Pflege“ ausfüllen)

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? (Falls ja, bitte Rentenanpassungsmitteilung beifügen) Ja, Nein
seit _____

Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) der/des Ehegatten/in, Lebenspartners/in im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung € 17.000 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 gefordert werden. (§ 4 Abs. 1 BBhV)

- 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 abgeleisteten 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, Pflegetagegeldversicherung 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 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 Kriegsopfern) 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 <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

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

PflegeName, PflegeVorname

1 Angaben zur Pflegeversicherung			
Versicherte Person	In der privaten Pflegeversicherung	In der sozialen Pflegeversicherung	
		Mitglied	Familierversichert 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.

	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) Pflege Wohngeld, **Bitte Bestätigung des Pflegeheims beifügen!**

Wurde Pflege wohngeld 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 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. |
|-----------------------|------------------------------------|-------------|------------------|

