

Antrag auf Beihilfe

Bitte Zutreffendes ankreuzen ☐ oder deutlich ausfüllen.

(Eingangsstempel der Festsetzungsstelle)	Personalnummer: _____ Amt/Eigenbetrieb: _____	
	Name, Vorname der Antragstellerin/des Antragstellers: _____	
	Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort): _____	
Landeshauptstadt Mainz 10-Hauptamt Beihilfestelle Postfach 38 20 55028 Mainz	Geburtsdatum: _____	Telefon: dienstl.: _____ priv.: _____
	Bei erstmaliger Antragstellung mit diesem Vordruck: Bitte alle Fragen beantworten. Bei wiederholter Antragstellung: Haben sich Änderungen bei den Fragen Nr. 1 bis 6 gegenüber den Angaben im letzten Antrag auf Beihilfe ergeben <input type="checkbox"/> nein, weiter bei Nr. 7 <input type="checkbox"/> ja, Nr.1 – 6 vollständig ausfüllen	

Nur ausfüllen, wenn keine Versorgungsbezüge empfangen werden.		
1. Im öffentlichen Dienst beschäftigt seit: _____	☐ teilzeitbeschäftigt seit: _____ Anzahl der Wochenstunden: _____	☐ Dienst-/Arbeitsverhältnis befristet: _____ von: _____ bis: _____
Ohne Bezüge beurlaubt von: _____ bis: _____ ☐ Elternzeit ☐ sonstiger Grund: _____		
Haben Sie im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen Krankenbezüge bezogen? ☐ nein ☐ ja, von: _____ bis: _____		
Nur ausfüllen, wenn Versorgungsbezüge empfangen werden.		
Beziehen Sie mehrere Versorgungsbezüge? ☐ nein ☐ ja, von: _____		

2. Ich bin ☐ ledig oder seit: _____ ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden ☐ getrennt lebend ☐ Lebenspartnerschaft			
Ist Ihr Ehegatte/Ihre Ehegattin, Ihr Lebenspartner/Ihre Lebenspartnerin berufstätig oder in Berufsausbildung? ▼ ☐ nein ☐ ja, Anzahl der Wochenstunden: _____ ☐ Teilzeitbeschäftigt			
Name, Vorname	Geburtsdatum	tätig von – bis	Arbeitgeber bzw. Beschäftigungs-/Ausbildungsstelle

3. Haben Sie oder Ihre Angehörigen einen Anspruch auf:		
a) Heilfürsorge nach Beamten- oder Soldatenrecht? ☐ nein ☐ ja	b) Krankenhilfe nach Bundesversorgungs-, Lastenausgleichs-, Bundesentschädigungs-Entwicklungshelfergesetz? ☐ nein ☐ ja	c) Krankenfürsorge nach dienst- oder arbeitsvertraglichen Regelungen? ☐ nein ☐ ja
Bitte Nachweise oder Bescheid über Art und Höhe der Ansprüche beifügen.		

4. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen ¹⁾ ?												
Personen -bei Angehörigen bitte Vorname und Familiennamen angeben	nicht kranken-versichert	Kurzbezeichnung der Krankenkasse/-versicherung	privat versichert			bei einer gesetzlichen Kranken- oder Ersatzkasse versichert					dieser Versicherungs-schutz besteht seit:	
			Prozent-tarif	Fest-kostentarif	Zusatz-/sonstigeTa-rife ²⁾	pflicht-ver-sichert	freiw.ver-sichert	rentner-pflicht-versichert	KVSGpf-licht-ver-sichert	familien-versichert bei		
Antragsteller/in (A)	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	E ☐	
Ehegatte/-gattin, Lebenspartner/in (E)	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	A ☐	
Kind – Geburtsdatum	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	A ☐ E ☐	
Kind – Geburtsdatum	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	A ☐ E ☐	
Kind – Geburtsdatum	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	A ☐ E ☐	

5. Wurden oder werden Zuschüsse, Arbeitgeberanteile oder dgl. zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt? ☐ nein ☐ ja ▼			
Wem? Person:	Von wem?	Seit:	Höhe der Zuschüsse und dgl. mtl. €
Person:			mtl. €

6. Haben Sie oder Ihre Angehörigen eine sonstige eigene Beihilfeberechtigung? ☐ nein ☐ ja	
aufgrund einer beamtenrechtlichen Versorgung	wer:
aufgrund eines Dienstverhältnisses im öffentlichen Dienst als Beamtin/Beamter	wer:
aufgrund eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses	wer:
aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses	wer:
gegenüber wem:	seit:

¹⁾ Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung im Versicherungsverhältnis sind dem Antrag entsprechende Nachweise der Versicherung beizufügen.
²⁾ Hierunter fallen: Pflegekostenversicherung, Auslands-(Reise)versicherung, Ergänzungstarife für Zahnkosten, Wahlleistungen im Krankenhaus o. ä., nicht aber Tagegeldversicherungen (Pflegefalltagegeldversicherung, Krankenhaustagegeldversicherungen, Krankentagegeldversicherung).

Zusammenstellung der Aufwendungen

<p>Bei stationärer Behandlung mit Wahlleistungen ist immer die Wahlleistungsvereinbarung mit einzureichen.</p> <p>Wenn Aufwendungen für mehrere Personen geltend gemacht werden, bitte die Belege nach Personen geordnet eintragen. Bitte Rechnungen und Rezepte einzeln eintragen.</p>	<p>Wichtiger Hinweis zu Seite 2: Auch Kostenerstattungen von anderer Seite in Spalte 5 sind durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung nachweislich nach einem Vomhundertsatz (Prozenttarif) bemessen werden, ist kein Einzelnachweis erforderlich.</p>
--	---

A. Aufwendungen -ohne dauernde Pflege-

Person	Beleg-Nr.	Datum der Rechnung/ Kaufdatum bei Rezepten	Rechnungsbetrag		Kostenerstattung von anderer Seite (Leistungen nach einem Prozenttarif brauchen Sie hier nicht anzugeben)		Rechnungsbetrag		Kostenerstattung von anderer Seite (Leistungen nach einem Prozenttarif brauchen Sie hier nicht anzugeben)	
			€	Ct.	€	Ct.	€	Ct.	€	Ct.
1	2	3	4		5		4		5	
Antragsteller/-in										

Ehegatte/Ehegattin Lebenspartnerin/Lebenspartner										

Kinder – Vorname

Summe 1 → Gesamtsumme in € ← Summe 2

Die Summenfelder bitte stets ausfüllen!

B. Aufwendungen zur Säuglings- und Kleinkinderausstattung

Ich beantrage den Pauschalbetrag zur Säuglings- und Kleinkinderausstattung für:

Vor-/Familiename des Kindes	Geburtsdatum	Geburtsurkunde	
		<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> liegt bereits vor
		<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> liegt bereits vor

C. Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

I	Ich beantrage eine Beihilfe für:					
	<input type="checkbox"/> Häusliche Pflege durch → <input type="checkbox"/> Selbstbeschaffte Pflegekräfte/Pauschalbeihilfe <input type="checkbox"/> Vertrags- (Berufs-) Pflegekräfte <input type="checkbox"/> Teilstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Stationäre Pflege <input type="checkbox"/> Betreuung in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen <input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel/Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes <input type="checkbox"/> Zusätzliche Betreuungsleistungen					
II	Der Leistungsbescheid der Pflegekasse/-versicherung <input type="checkbox"/> ist beigefügt. <input type="checkbox"/> wird nachgereicht. <input type="checkbox"/> liegt der Festsetzungsstelle vor.					
III	Welche Pflegeversicherung besteht für Sie und Ihre Angehörigen?					
	Personen -bei Angehörigen bitte Vorname und Familiennamen angeben	nicht kranken- versichert	Kurzbezeichnung der Pflegekasse/ Pflegeversicherung	private v. H.-Satz	soziale selbst versichert familien- versichert bei	dieser Versicherungsschutz besteht seit:
	Antragsteller/-in (A)	<input type="checkbox"/> ▼			<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
	Ehegatte/-gattin, Lebenspartner/in (E)	<input type="checkbox"/> ▼			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	
	Kind – Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> ▼			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
	Kind – Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> ▼			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
	↳ Grund:					
IV	für (gepflegte Person)		Pflegestufe I von - bis	Pflegestufe II von - bis	Pflegestufe III von - bis	Die Pflege war unterbrochen von - bis ¹⁾
	¹⁾ Unterbrechungszeiten wegen stationärer Krankenhausbehandlung etc. der gepflegten Person oder Verhinderung (Urlaub, Krankheit) der Pflegeperson.					
	Angaben bei Pauschalbeihilfe zu den selbstbeschafften Pflegekräften.					
	für (gepflegte Person)	Name, Vorname der Pflegeperson		Die Pflegeperson pflegte von - bis von - bis		

Zusammenstellung der Pflegeaufwendungen

Person	Beleg-Nr.	Datum der Rechnung	Rechnungsbetrag		Kostenerstattung von anderer Seite (Leistungen nach einem Prozenttarif brauchen Sie hier nicht anzugeben)		Beleg-Nr.	Datum der Rechnung	Rechnungsbetrag		Kostenerstattung von anderer Seite (Leistungen nach einem Prozenttarif brauchen Sie hier nicht anzugeben)	
			€	Ct.	€	Ct.			€	Ct.	€	Ct.
1	2	3	4		5		2	3	4		5	

7.	Kinder, sofern nicht im Familienzuschlag bzw. in der kinderbezogenen Besitzstandszulage berücksichtigt.																														
	Vor-/Familiename	Geburtsdatum	Berücksichtigt:	Kinder nach Vollendung des 18. Lebensjahres																											
			<input type="checkbox"/> ja, bei wem? _____ <input type="checkbox"/> nein von: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> ja, bei wem? _____ <input type="checkbox"/> nein von: _____ bis: _____	in Ausbildung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▼ Ausbildungsnachweis liegt <input type="checkbox"/> bei <input type="checkbox"/> vor in Ausbildung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▼ Ausbildungsnachweis liegt <input type="checkbox"/> bei <input type="checkbox"/> vor																											
8. War ein Behandler (Arzt, Heilpraktiker, Krankengymnast, Pflegeperson, etc.) naher Angehöriger? Nahe Angehörige sind Ehegatte/-gattin, Lebenspartner/in, Kinder, Eltern der jeweils behandelten Person, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiegertochter, Schwäger/-innen, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilferechtigten oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Um welche Belege handelt es sich? Beleg-Nr. _____																															
9. Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für die Ehegattin/den Ehegatten geltend gemacht werden. Hatte Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte, Ihre Lebenspartnerin/Ihr Lebenspartner im zweiten Kalenderjahr vor der Antragstellung Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb, selbstständiger/nichtselbstständiger Arbeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung oder sonstige Einkünfte, die in der Summe 20.450,00 € übersteigen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▼ Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr den Betrag von 20.450,00 € ebenfalls übersteigen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																															
10. Nur ausfüllen bei Unfällen jeder Art Verletzungen oder anderen schädigenden Ereignissen. Die Aufwendungen zu Beleg-Nr.: _____ sind entstanden durch ein/en <input type="checkbox"/> Dienstanfall (Bitte gesondertes Formular verwenden) <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Unfall im privaten Bereich <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> Kindergartenunfall <input type="checkbox"/> anderes schädigendes Ereignis am _____ (Datum/Tag des Unfalls). Eine Unfallschilderung (evtl. mit Name und Anschrift des Ersatzpflichtigen) <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> Berufskrankheit Unfallschilderung nicht erforderlich																															
11. Nur ausfüllen, wenn die private Versicherung Leistungsausschlüsse enthält. Die nachstehend aufgeführten Belege enthalten Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen - trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung - ausgeschlossen oder auf Dauer eingestellt worden sind. Beleg-Nr.: _____ Bitte Nachweis über Ausschluss beifügen (Versicherungsscheine o. ä.).																															
12. Nur ausfüllen von männlichen Antragstellern, bei Aufwendungen für Kinder, mit deren Mutter er nicht verheiratet ist. Ich habe die Aufwendungen zu Beleg-Nr.: _____ in voller Höhe selbst getragen die Aufwendungen zu Beleg-Nr.: _____ nur in Höhe von € _____ getragen. Zahlungsnachweis ist beigefügt.																															
13. Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für Vertrags- (Berufs-) Pflegekräfte oder stationäre Pflege geltend gemacht werden. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">Erhalten Sie (A) oder Ihr/e Ehegatt/-e/-in, Ihr/e Lebenspartner/-in (E)</th> <th style="width: 10%;">ja,</th> <th style="width: 15%;">wer?</th> <th style="width: 5%;">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) Renten aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) Renten aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung für Angehörige des öffentlichen Dienstes?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) Versorgung aus der Verwendung im öffentlichen Dienst einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung gem. § 56 BeamtVG?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) Erwerbseinkommen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f) Dienst- oder Versorgungsbezug?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> Die mit ja gekennzeichneten Einkunftsarten sind durch entsprechende Unterlagen nachzuweisen. Diese <input type="checkbox"/> sind beigefügt <input type="checkbox"/> liegen bereits vor				Erhalten Sie (A) oder Ihr/e Ehegatt/-e/-in, Ihr/e Lebenspartner/-in (E)	ja,	wer?	nein	a) Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung?	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Renten aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung?	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) Renten aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung für Angehörige des öffentlichen Dienstes?	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) Versorgung aus der Verwendung im öffentlichen Dienst einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung gem. § 56 BeamtVG?	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) Erwerbseinkommen?	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) Dienst- oder Versorgungsbezug?	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhalten Sie (A) oder Ihr/e Ehegatt/-e/-in, Ihr/e Lebenspartner/-in (E)	ja,	wer?	nein																												
a) Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung?	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
b) Renten aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung?	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
c) Renten aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung für Angehörige des öffentlichen Dienstes?	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
d) Versorgung aus der Verwendung im öffentlichen Dienst einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung gem. § 56 BeamtVG?	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
e) Erwerbseinkommen?	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
f) Dienst- oder Versorgungsbezug?	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
14. Nur ausfüllen, wenn die Auszahlungen nicht auf das Gehalts-, sondern ein anderes Konto der anspruchsberechtigten Person erfolgen soll und bei Kontoänderung. Geldinstitut: _____ Kontonummer: _____ Bankleitzahl: _____ Kontoinhaber: _____																															
15. Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt. Datum: _____ Unterschrift: _____																															