

Antrag auf Gewährung einer Beihilfe (BhV)  
(interner Vermerk: Standort «BHSOrt»)

Eingangsstempel

«BHSName»  
«BHSVname»  
**Beihilfestelle**  
«BHSStrasse»  
«BHSPlz» «BHSOrt»

☐ Ich bitte, dem Beihilfebescheid einen neuen Papiervordruck beizufügen

Antrag auf Beihilfe  
In Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)

Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung «BHENAME», «BHEVname», «Amtsbezeichnung»	Geburtsdatum «BHEGebdat»
Anschrift «BHSName», «BHEPLZ» «BHEOrt»	Telefon privat «Telefon»
Aktuelle Dienststelle (bei Versorgungsempfängern letzte Dienststelle) Anschrift «BHSName», «Dienstszitz»	

Hiermit beantrage ich eine Beihilfe zu den in der Anlage aufgeführten und belegten Aufwendungen  
Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen, gegebenenfalls Spalten deutlich ausfüllen.  
(Bei erstmaliger Antragstellung einer Beihilfe nach den BhV des Bundes sind durchgängig vollständige Angaben notwendig.)

Angaben zur Beschäftigung

1

☐ keine Änderung gegenüber den letzten Angaben

☒ folgende Änderung:

<input type="checkbox"/> Beamter/in (DO) <input checked="" type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in seit: 01.08.2023			<input type="checkbox"/> Tarifbeschäftigte(r )	<input type="checkbox"/> Abgeordneter/Richter
vollbeschäftigt seit	teilzeitbeschäftigt von-bis	mit Wochenstunden	einstweiliger Ruhestand §§ 54-58 BBG von-bis	
Elternzeit von-bis	Familienbedingte Beurlaubung ohne Dienstbezüge gem. § 92(1) Nr. 2 BBG von-bis		Sonstige Beurlaubung ohne Dienstbezüge von-bis (Rechtsgrundlagen)	

2

Kinder Vorname, Name (falls abweichend)	geboren am	im Familienzuschlag berücksichtigt ab	Wegfall aus dem Fami- lienzuschlag ab	Wiederaufnahme in den Fa- milienzuschlag nach Unter- brechung ab

### 3 Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen?

☒ keine Änderung gegenüber den letzten Angaben

☐ folgende Änderung:

Personen	Private Krankenversicherung *		Gesetzliche Krankenversicherung					Keine Krankenversicherung ab dem (Datum)
	ab dem (Datum)	Basis-Tarif		Pflichtversichert (§ 5 SGB V)	freiwillig versichert (§ 9 SGB V)	familienversichert (§ 10 SGB V)	Zusatz-Tarif 1)	
Beihilfeberechtigte(r)	<input checked="" type="checkbox"/> 01.01.85	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ehegatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab dem (Datum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Es ist grundsätzlich ein Nachweis des Krankenversicherungsschutzes in Form einer Kopie des aktuellen Versicherungsscheins notwendig. Dies gilt auch für zusätzlich ergänzend abgeschlossene Versicherungen für pflichtversicherte berücksichtigungsfähige Angehörige und bei Tarifumstellung. Hier bitte auch etwaige Änderungen des Versicherungsschutzes bei Rentenanspruch oder Arbeitslosigkeit eintragen.

- 1) Hierunter fallen Pflegekostenversicherung, Ergänzungstarife zur gesetzlichen Krankenversicherung, Auslands-(Reise-)versicherungen oder Ähnliche. Das Bestehen einer Auslands-(Reise-)versicherung ist immer dann anzugeben, wenn Auslandsaufwendungen geltend gemacht werden. Nicht anzugeben sind Krankenhaustagegeld- und Pflegezusatzversicherungen.

#### 3.1 Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen (z.B. vom Rentenversicherungsträger oder Arbeitgeber) gewährt?

☒ nein

☐ ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben

☐ ja, folgende Änderungen

Für wen:	Ab Datum	Höhe des monatlichen Zuschusses

#### 4 Besteht für Sie oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine *anderweitige* Beihilfeberechtigung?

☒ nein

☐ ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben

☐ ja, folgende Änderungen

Für wen:	als:	Gegenüber wem:	ab Datum
	<input type="checkbox"/> Beamter/in <input type="checkbox"/> Abgeordnete(r)	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in	
	<input type="checkbox"/> Beamter/in <input type="checkbox"/> Abgeordnete(r)	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in	

#### 5 Werden Aufwendungen für den nicht selbsthilfeberechtigten Ehegatten geltend gemacht?

☒ nein

☐ ja

Name, Vorname des Ehegatten, eingetragen. Lebenspartners	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden
Überstiegen die Einkünfte Ihres Ehegatten (§ 2 Abs. 3 EStG) im vorvergangenen Kalenderjahr den Betrag von 18.000,00 Euro *		
<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Nach § 6 Abs. 2 BBhV ist der Gesamtbetrag der Einkünfte durch Vorlage einer Ablichtung des Steuerbescheides nachzuweisen		
Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich ebenfalls übersteigen?		
<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

#### 6 Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis?

☒ nein

☐ ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben (Beleg-Nr. angeben)

☐ ja, (Unfallschilderung beifügen)

Es handelt sich um einen <input type="checkbox"/> Dienstatunfall <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> einen Schulunfall <input type="checkbox"/> einen sonstigen Unfall
Unfallschilderung:
Um welche Aufwendungen handelt es sich? - Bitte auch die Belege mit Hinweis "Unfall" versehen
Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? (Zu den Ansprüchen auf Kostenerstattung gehören auch Ansprüche z.B. gegen Schulträger, Sportverein)
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Erstattungspflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer
Aktenzeichen: Versicherungsnummer:

**7 Wird eine Pauschalbeihilfe für häusliche Pflege geltend gemacht?**

☒ nein ☐ ja Leistungszusage mit Pflegestufe der Pflegeversicherung ☐ liegt vor ☐ liegt bei

<b>Pflegegrad</b>			<b>Renten- Arbeitslosenversicherungsbeiträge Pflegepersonen</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> in Klärung		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Name der pflegebedürftigen Person		Name der Pflegeperson		Zeitraum (vom – bis zum)	
Unterbrechung der Pflege: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ (einschließlich)			<u>Grund:</u>		

**8 Werden Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind, geltend gemacht?**

☒ nein ☐ ja, folgende Nachweise und Versicherungsschein über Ausschluss beifügen, soweit nicht schon vorliegend.

Rechnungsdatum	Betrag	Euro
----------------	--------	------

**9 Sind Sie in das Ausland abgeordnet oder befindet sich Ihr dienstlicher Wohnsitz im Ausland?**

☒ nein ☐ ja

**10 Auszahlung der Beihilfe**

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Abschlagsbetrag	Am (Datum)
Die Überweisung soll erfolgen auf <input checked="" type="checkbox"/> mein bekanntes Konto <input type="checkbox"/> nachstehendes Konto		
IBAN (International Bank Account Number) «IBAN»		
BIC (Business Identifier Code) «BIC»	Geldinstitut mit Ortsangabe «Bank»	
Inhaber/in des Kontos (falls abweichend von dem/der Antragsteller/in)		

**Erklärung:**

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechtigung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.

Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigelegt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

Ort, Datum «BHEOrt», den 30.01.2024	Bei Vertretung: Unterschrift des Vertreters
Unterschrift des/der Beihilfeberechtigten <b>Hier kann die Unterschrift z.B. als BMP-Datei eingefügt werden!!!</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt bei

Anlage zum Beihilfeantrag von

Name, Vorname

«BHEName», «BHEVname»

Antragsdatum

30.01.2024

Zusammenstellung der Aufwendungen

Beleg Nr.	Datum der Rechnung	Empfänge der Leistung 2)	Art der Leistung 1)	Rechnungsbetrag		Leistungen von Versicherungen			Bemerkung
				€	€		oder	%	
1	2	3	4	5	6			6	
«M_1Nr»	«M_1ReDat»	«M_1BHE»	«M_1LeiA»	«M_1Betrag»			Oder	«M_1BHS»	
«M_2Nr»	«M_2ReDat»	«M_2BHE»	«M_2LeiA»	«M_2Betrag»			Oder	«M_2BHS»	
«M_3Nr»	«M_3ReDat»	«M_3BHE»	«M_3LeiA»	«M_3Betrag»			Oder	«M_3BHS»	
«M_4Nr»	«M_4ReDat»	«M_4BHE»	«M_4LeiA»	«M_4Betrag»			Oder	«M_4BHS»	
«M_5Nr»	«M_5ReDat»	«M_5BHE»	«M_5LeiA»	«M_5Betrag»			Oder	«M_5BHS»	
«M_6Nr»	«M_6ReDat»	«M_6BHE»	«M_6LeiA»	«M_6Betrag»			Oder	«M_6BHS»	
«M_7Nr»	«M_7ReDat»	«M_7BHE»	«M_7LeiA»	«M_7Betrag»			Oder	«M_7BHS»	
«M_8Nr»	«M_8ReDat»	«M_8BHE»	«M_8LeiA»	«M_8Betrag»			Oder	«M_8BHS»	
«M_9Nr»	«M_9ReDat»	«M_9BHE»	«M_9LeiA»	«M_9Betrag»			Oder	«M_9BHS»	
«M_10Nr»	«M_10ReDat»	«M_10BHE»	«M_10LeiA»	«M_10Betrag»			Oder	«M_10BHS»	
«M_11Nr»	«M_11ReDat»	«M_11BHE»	«M_11LeiA»	«M_11Betrag»			Oder	«M_11BHS»	
«M_12Nr»	«M_12ReDat»	«M_12BHE»	«M_12LeiA»	«M_12Betrag»			Oder	«M_12BHS»	
«M_13Nr»	«M_13ReDat»	«M_13BHE»	«M_13LeiA»	«M_13Betrag»			Oder	«M_13BHS»	
«M_14Nr»	«M_14ReDat»	«M_14BHE»	«M_14LeiA»	«M_14Betrag»			Oder	«M_14BHS»	
«M_15Nr»	«M_15ReDat»	«M_15BHE»	«M_15LeiA»	«M_15Betrag»			Oder	«M_15BHS»	
«M_16Nr»	«M_16ReDat»	«M_16BHE»	«M_16LeiA»	«M_16Betrag»			Oder	«M_16BHS»	
«M_17Nr»	«M_17ReDat»	«M_17BHE»	«M_17LeiA»	«M_17Betrag»			Oder	«M_17BHS»	
«M_18Nr»	«M_18ReDat»	«M_18BHE»	«M_18LeiA»	«M_18Betrag»			Oder	«M_18BHS»	
«M_19Nr»	«M_19ReDat»	«M_19BHE»	«M_19LeiA»	«M_19Betrag»			Oder	«M_19BHS»	
«M_20Nr»	«M_20ReDat»	«M_20BHE»	«M_20LeiA»	«M_20Betrag»			Oder	«M_20BHS»	
«M_21Nr»	«M_21ReDat»	«M_21BHE»	«M_21LeiA»	«M_21Betrag»			Oder	«M_21BHS»	
«M_22Nr»	«M_22ReDat»	«M_22BHE»	«M_22LeiA»	«M_22Betrag»			Oder	«M_22BHS»	
«M_23Nr»	«M_23ReDat»	«M_23BHE»	«M_23LeiA»	«M_23Betrag»			Oder	«M_23BHS»	
«M_24Nr»	«M_24ReDat»	«M_24BHE»	«M_24LeiA»	«M_24Betrag»			Oder	«M_24BHS»	
«M_25Nr»	«M_25ReDat»	«M_25BHE»	«M_25LeiA»	«M_25Betrag»			Oder	«M_25BHS»	
							Oder		
Summe									

1) Bitte folgende Abkürzungen verwenden:

AB = Ärztliche Behandlung

ZB = Zahnbehandlung

RP = Arznei- und Heilmittel

KB = Kieferorth. Behandlung

KH = Stationäre Krankenhausbe-  
handlung  
RM = Rehabilitationsmaßnah-  
me/AHB/Kur  
HP = Heilpraktiker  
HM = Hilfsmittel (Brille, Hörgerät  
usw.)

BF = Beförderungskos-  
ten  
BK = Bestattungskosten

PF = Pflege  
SO = Sonstiges

2) Bitte Abkürzungen wie zu Ziffer 3 des Antragsvordrucks verwenden (A, E, K 1, K 2 usw.)