



Bitte senden Sie das gesamte Formular postalisch an:

Bundesanstalt für Verwaltungsdienstleistungen  
PFB/Beihilfestelle  
Postfach  
48135 Münster

### Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

Ich bitte, dem Beihilfebescheid einen  
neuen Papiervordruck beizufügen

## Antrag auf Beihilfe

in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach der Bundesbeihilfeverordnung (§ 51 BBhV)

### 1. Angaben zur beihilfeberechtigten Person

Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung

Geburtsdatum

Personalnummer

Anschrift, privat

/  
Telefon, privat (bitte mit Vorwahl)

Anschrift, Dienststelle

Telefon, dienstlich (bitte mit Vorwahl)

Hiermit beantrage ich eine Beihilfe zu den in der Anlage aufgeführten und belegten Aufwendungen.

Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder ausfüllen.

(Bei erstmaliger Antragstellung sind durchgängig vollständige Angaben notwendig.)

### 2. Angaben zur Beschäftigung

keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben

folgende Änderung

Beamter/in

Versorgungsempfänger/in

Tarifbeschäftigte/r

Abgeordnete/r

Richter/in

vollbeschäftigt seit

teilzeitbeschäftigt von – bis

mit Wochenstunden

Versorgungsempfänger/in seit

Elternzeit von

– bis

Beurlaubung ohne Dienstbezüge gemäß  
nach § 92 Absatz 1 Bundesbeamtengesetz  
von – bis

sonstige Beurlaubung ohne  
Dienstbezüge (Rechtsgrundlage)  
von – bis

### 3. Im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähige Kinder

keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben

folgende Änderung

Kinder Vorname, Name (falls abweichend)	geboren am	im Familien- zuschlag be- rücksichtigt ab	Wegfall aus dem Familien- zuschlag ab	Wiederaufnahme in den Familienzuschlag nach Unterbrechung ab

### 4. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und die berücksichtigungsfähigen Personen?

keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben

folgende Änderung

Personen	Beginn oder Änderung des Versicherungs- verhältnisses (Datum)	private Krankenver- sicherungs- versicherung	gesetzliche Krankenversicherung				Keine Krankenver- sicherung
			pflicht- versichert (§ 5 SGB V)	freiwillig versichert (§ 9 SGB V)	familien- versichert (§ 10 SGB V)	Zusatztarife*	
Beihilfe- berechtigte/r							
Ehegatte/in Lebenspartner/in							
1. Kind							
2. Kind							
3. Kind							
4. Kind							

\* Hierunter fallen: Pflegekostenversicherung (PfK), Ergänzungstarife zur gesetzlichen Krankenversicherung, Auslands- (Reise-)versicherungen (AR) o. ä. **Das Bestehen einer Auslands-(Reise-)versicherung** ist immer dann anzugeben, wenn Auslandsaufwendungen geltend gemacht werden. Nicht anzugeben sind Krankenhaustagegeld- und Pflegezusatzversicherungen.

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

### 5. Besteht für Sie oder eine berücksichtigungsfähige Person eine anderweitige Beihilfeberechtigung?

nein
  ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben
  ja, folgende Änderungen

für wen	als	gegenüber wem	ab (Datum)

### 6. Werden Aufwendungen für die nicht selbst beihilfeberechtigte berücksichtigungsfähige Person geltend gemacht?

nein
  ja
 Name, Vorname der beihilfeberechtigte berücksichtigungsfähige Person
 Geburtsdatum

verheiratet/verpartnert
 verwitwet
 geschieden/Aufhebung
 seit

Übersteigt der Gesamtbetrag der Einkünfte (nach § 2 Absatz 3 Einkommenssteuergesetz) der berücksichtigungsfähigen Person im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung den Grenzbetrag nach § 6 Absatz 2 BBhV?
  nein
  ja

**Nach §6 Absatz 2 BBhV ist der Gesamtbetrag der Einkünfte durch Vorlage einer Ablichtung des Steuerbescheides nachzuweisen.**

Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr den Grenzbetrag nach § 6 Absatz 2 BBhV voraussichtlich ebenfalls übersteigen?
  nein
  ja

### 7. Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall?

nein
  ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben (Beleg-Nr. angeben!)
  ja (Unfallschilderung beifügen)

Es handelt sich um einen
  Dienstatunfall
  Schulunfall
  sonstigen Unfall

Um welche Belege handelt es sich? (Bitte auch die Belege mit dem Hinweis „Unfall“ versehen.)

Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht? (Zu den Ansprüchen auf Kostenerstattung gehören auch Ansprüche z. B. gegen Schulträger, Sportverein.)
  nein
  ja

Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Erstattungspflichtigen

Aktenzeichen

Versicherungsnummer

### 8. Wird eine Pauschalbeihilfe bei häuslicher Pflege geltend gemacht?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Pflegegrad	1	2	3	4	5	Pflege	ambulant	stationär
Leistungszusage mit aktuellem Pflegegrad der Pflegeversicherung									liegt vor	liegt bei
Name der pflegebedürftigen Person			Name der pflegenden Person				Zeitraum von		– bis	

pauschaliertes Pflegegeld wird beantragt für den Monat/die Monate:

Unterbrechung der Pflege	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Zeitraum von	– bis
Grund				

### 9. Werden Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen individuell ausgeschlossen oder eingestellt worden sind, geltend gemacht?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	folgende (soweit nicht schon vorliegend, Nachweis- Versicherungsschein über Ausschluss usw. beifügen!):	Rechnungsdatum	Betrag
-------------------------------	-----------------------------	--	----------------	--------

### 10. Sind Sie in das Ausland abgeordnet oder befindet sich Ihr dienstlicher Wohnsitz im Ausland?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<b>Wird von der Auslandsvertretung ausgefüllt!</b>			
		Stationäre Krankenhausbehandlung	nein	ja	
		Die gewählte Art der Unterbringung entspricht einem 2-Bettzimmer im Inland	nein	ja	
		Ort, Datum	..... Unterschrift		

## 11. Zusammenstellung der Aufwendungen

Anlage zum Beihilfeantrag vom (Datum)      für Herrn/Frau (Name, Vorname)      Personalnummer  
/

### Allgemeine Hinweise

Wenn Aufwendungen für mehrere Personen geltend gemacht werden, bitte die Belege nach Personen geordnet eintragen. Für jede Aufwendung ist ein Beleg beizufügen (Zweitschrift oder Kopie). Bei Hilfsmitteln, Heilbehandlungen u. ä. wird die schriftliche Verordnung eines Arztes benötigt, die zusammen mit der Rechnung als einen Beleg zählt.

### Bitte treffen Sie in der Tabelle bei „Person“ im Pop-up-Menü folgende Auswahl

**B** = Beihilfeberechtigte/r      **E/L** = Ehegatte/in / Lebenspartner/in      **K** = Kind/er

Beleg	Person	Rechnungsdatum	Art der Leistung	Rechnungsbetrag (EUR, Cent)	Kostenerstattung von anderer Seite (falls kein Prozenttarif, Währungsbetrag)	Name des Kindes (wenn für Kind/er abgerechnet werden soll)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
<b>Summe</b>						

## 12. Auszahlung der Beihilfe

Haben Sie auf die hiermit beantragte Beihilfe einen Abschlag erhalten?      nein      ja      Rechnungsdatum      Betrag

Die Überweisung soll erfolgen auf      mein bekanntes Konto      nachstehendes Konto

Geldinstitut

IBAN

BIC

Inhaber des Kontos (falls abweichend)

## 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 beigefügt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

**Bitte drucken Sie den vollständig ausgefüllten Antrag aus, unterschreiben und senden ihn bitte an uns.**

Ort, Datum

Bei Vertretung: Unterschrift des Vertreters

Vollmacht liegt vor

Vollmacht liegt bei

.....  
Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten

Ort, Datum

.....  
Unterschrift der/des Vertreter/s

Antragsformulare und Informationen zum Beihilferecht finden Sie auf der Internetseite [www.bav.bund.de](http://www.bav.bund.de).