



Beamter/Beamtin    Versorgungsempfänger/in    Tarifbeschäftigte/r

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Dienststelle:** \_\_\_\_\_

abweichende Anschrift (z.B. bei Bevollmächtigten, Mutterschutz, Elternzeit): \_\_\_\_\_

**Beihilfenummer (letzter Bescheid):** \_\_\_\_\_

Bitte Antragsformular zusenden

**Bezirk Unterfranken**  
**Bezirksverwaltung - Beihilfestelle -**  
**81534 München**

Hinweise zur Antragstellung:

- Bitte die Belege nicht klammern, tackern oder kleben.
- Bei jeder Antragstellung sind die persönlichen Daten im oberen Teil vollständig auszufüllen.
- Bei erstmaliger Antragstellung oder auf Verlangen der Beihilfestelle ist der Antrag vollständig auszufüllen.
- In Folgeanträgen sind die Fragen 1 – 4, soweit zutreffend, zu beantworten (bitte ausfüllen oder  ankreuzen).

<b>1.</b>	Es werden Aufwendungen für <b>stationäre Aufenthalte</b> geltend gemacht. Ist mit den behandelnden Ärzten eine Vereinbarung über <b>wahlärztliche Leistungen</b> (Chefarztbehandlung) geschlossen worden? <input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie der Wahlleistungsvereinbarung beifügen!) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
<b>2.</b>	Es wurden Aufwendungen durch eine Verletzung oder <b>Unfall</b> verursacht. <input type="checkbox"/> ja, <b>Unfalldatum:</b> _____ <b>Unfallart:</b> <input type="checkbox"/> Dienstanfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall <b>Unfallschilderung:</b> Bitte unter „Anmerkungen“ (Belege kennzeichnen) Kommt ein <b>Fremdverschulden</b> in Betracht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name und Anschrift des Ersatzpflichtigen: _____ Besteht <b>Ersatzpflicht eines Dritten</b> (z.B. eigene Unfallversicherung oder Unfallversicherung des Vereins)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name und Versicherung mit Aktenzeichen: _____	<input type="checkbox"/> nein
<b>3.</b>	Es sind Aufwendungen im <b>Ausland</b> entstanden. <input type="checkbox"/> ja (Belege kennzeichnen) Besteht eine <b>Auslandskrankenversicherung</b> ? <input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie der Leistungsabrechnung beifügen!) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
<b>4.</b>	<b>Haben sich Änderungen bei den Fragen 5 - 11 gegenüber Ihrem letzten Antrag ergeben?</b> <input type="checkbox"/> ja, bei Frage(n) _____ (bitte Fragen beantworten)	<input type="checkbox"/> nein
	Ich bin damit einverstanden, dass die Beihilfestelle bei gebührenrechtlichen und medizinischen Fragen einen Beratungsarzt hinzuziehen und hierzu auch personenbezogene Daten übermitteln kann. Für Rückfragen bei den Behandlern entbinde ich diese von der Schweigepflicht.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.**

**Mir ist bekannt, dass Preisnachlässe zu den Krankheitsaufwendungen sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen sind und berichtigte oder stornierte Rechnungen mit einem entsprechenden Hinweis vorzulegen sind.**

<b>Anzahl der eingereichten Belege:</b>
<b>Summe der Aufwendungen:</b>

<b>Telefon tagsüber:</b>
<b>E-Mail:</b>

Datum, Unterschrift

Beihilfeberechtigte/Beihilfeberechtigter    Bevollmächtigte/Bevollmächtigter Nachweis liegt bei/vor

5. Nur ausfüllen in **Pflegefällen** (Bei **erstmaliger Beantragung**: Bescheid der Pflegeversicherung beifügen!)

Antrag auf Pflegegeld für häusliche Pflege durch andere geeignete Personen

für \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ wird beantragt.

Unterbrechungszeitraum (z.B. Krankenhaus, Kurzzeitpflege) – Nachweise beifügen!  nein

ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

Wer führt die Pflege durch (Name, Vorname, Adresse)? \_\_\_\_\_

6. **Antragstellerin/Antragsteller:**

Familienstand  ledig  
 verheiratet;  eingetr. Lebensgemeinschaft;  geschieden;  verwitwet; seit \_\_\_\_\_

Erhalten Sie weitere Bezüge?  nein  
 ja, als  Beamter /  Versorgungsempfänger von: \_\_\_\_\_

Nur von Beschäftigten im **aktiven Dienst** auszufüllen!

vollbeschäftigt seit: \_\_\_\_\_  teilzeitbeschäftigt seit: \_\_\_\_\_ Zeitanteil: \_\_\_\_\_

Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet?  ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  nein

Sind Sie ohne Bezüge beurlaubt?  ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  nein  
 Elternzeit  sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)

Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?  nein  
 ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ als: \_\_\_\_\_  
bei: \_\_\_\_\_ Zeitanteil: \_\_\_\_\_

7. Sofern Aufwendungen für **die Ehegattin/den Ehegatten** bzw. **die Lebenspartnerin/den Lebenspartner** geltend gemacht werden:

Vorname der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners (ggf. abweichender Familienname): \_\_\_\_\_

Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner ohne Bezüge beurlaubt?  nein  
 ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Elternzeit  sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)

Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner erwerbstätig?  nein  
 ja, als: \_\_\_\_\_  Beamter  Arbeitnehmer  Selbständiger  
bei: \_\_\_\_\_ Zeitanteil: \_\_\_\_\_

Hat die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner eine eigene Beihilfeberechtigung?  nein  
 ja, bei: \_\_\_\_\_

Übersteigen die **Einkünfte** (§ 2 Abs. 3 EStG) der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners – hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen - den Betrag von 20.000 Euro?  
 ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung  nein  
 ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr  nein

Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind von den Brutto-Einkünften nur die Werbungskosten abzusetzen.

8. **Kinder**, die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind oder die bei einer zweiten Berufsausbildung bzw. einem Zweitstudium wegen des Umfangs einer Erwerbstätigkeit nicht berücksichtigt werden.

		Bei Kindern in Berufsausbildung / Studium			
Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum	Art der Ausbildung	Beginn	voraussichtliches Ende	eigene Beihilfeberechtigung
a					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

