

Antrag auf Bescheinigung über die Höhe der Beihilfe (§15 HBeihVO)

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Antragsteller/in

Name, Vorname

Anschrift

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Dienststelle

Dienststellennummer

Personalnummer

Telefonnummer

E-Mail Adresse

Bankverbindung

Bankleitzahl

Kontonummer

Kreditinstitut

Beschäftigungsverhältnis

Beamtin/Beamter seit

Versorgungsempfänger/Versorgungsempfängerin seit

Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst seit

Familienstand

ledig

verheiratet

verwitwet

geschieden

seit

eingetragene Lebensgemeinschaft (Angabe freigestellt)

seit

Ehegatte Name, Vorname

Berücksichtigungsfähige Angehörige

Ist Ihr Ehegatte bzw. der andere Elternteil oder sind im Familienzuschlag berücksichtigte Kinder berufstätig, in (Hoch-)Schul- Berufsausbildung, Wehr- Zivildienst/FSJ-leistend, arbeitslos, in Mutterschutz oder Elternzeit, Empfänger/in von Versorgungsbezügen oder Renten oder in einem Amts- oder Abgeordnetenverhältnis? Nein

Ja, und zwar für: (bitte auch beantworten, wenn künftig keine Aufwendungen für die Person geltend gemacht werden)

Zum Ausfüllen der Spalte **"B"** siehe Anmerkung auf Seite 2
von - bis

Name, Vorname

B

T T M M J J - T T M M J J

Krankenversicherungsschutz

versicherte Person		Name, Vorname	Geburtsdatum T T M M J J
Person 1	Antragsteller/in		
Person 2	Ehegatte bzw. anderer Elternteil		
Person 3	Kind		
Person 4	Kind		
Person 5	Kind		

Name der Krankenversicherung	privat vers.	privatvers. Standard-tarif	freiwillig gesetzl. vers.	pflicht- vers.	familien- vers. bei 1 oder 2	rentnerkran- kenversichert -KVdR-	nicht vers.
Person 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

(z.B. aus Arbeitsvertrag, von BfA oder LVA, aus Dienstordnungsverhältnis)

Erhalten Sie und / oder Ihr Ehegatte / Ihre Ehegattin / Ihre Kinder einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag?

Ja Nein

Name, Vorname

Zuschuss in Euro

 €

Nachweis liegt bei

Name, Vorname

Zuschuss in Euro

 €

Nachweis liegt bei

Angaben zu den Einkünften der Ehegattin/des Ehegatten

Hatte Ihre Ehegattin / Ihr Ehegatte im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG)

Ja Nein

Überstiegen die Einkünfte Ihrer Ehegattin / Ihres Ehegatten im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung den steuerlichen Grundfreibetrag nach § 32 a Abs. 1 EStG (2010 = 8.004,- €) ?

Ja Nein

Wird diese Einkunftsgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten?

Ja Nein

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit der obigen Angaben.
Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind.

Datum, Unterschrift

1. Bitte tragen Sie folgende Abkürzungen ein:

- | | | | |
|------------------------|-----------|---|-----------|
| - Nicht erwerbstätig = | NE | - Beschäftigt im öffentlichen Dienst = | ÖD |
| - Schulausbildung = | SB | - Hochschulausbildung = | HS |
| - Elternzeit = | EZ | - Versorgungsempfänger/in = | VE |
| - Rentenbezieher/in = | RE | - arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld oder -hilfe = | AL |
| - Berufstätig = | BT | | |