

Bitte achtstellige Personalnummer des LfF - sofern nicht bereits vorhanden - eintragen

Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen

Antrag auf Beihilfe

Haben sich Änderungen zum letzten Antrag zu den Ziffern 1-7 ergeben: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weiter bei 8

Landesamt für Finanzen
Postfach 10 04 32
56034 Koblenz

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ / Ort

Telefon priv.

Telefon dstl.

Bitte keine Originalbelege einreichen¹⁾
und die Kopien nicht klammern, heften oder kleben

1	Antragsberechtigt als	<input type="checkbox"/> Beamter/in <input type="checkbox"/> Beschäftigte/r <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in Beziehen Sie mehrere Versorgungsbezüge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Sonstige Person
Dienst-/Beschäftigungsstelle:		Im öffentlichen Dienst seit:
<input type="checkbox"/> ohne Bezüge beurlaubt von <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> sonstiger Grund:		<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt seit: mit Wochenstunden: <input type="checkbox"/> Dienst-/Arbeitsverhältnis befristet von bis

2	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig oder seit: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
----------	----------------------	--

3	Als Antragsteller/in habe ich und/oder meine berücksichtigungsfähigen Angehörigen Anspruch auf <input type="checkbox"/> Heilfürsorge nach Beamten oder Soldatenrecht <input type="checkbox"/> Krankenhilfe aufgrund gesetzlicher Vorschriften <input type="checkbox"/> Krankenfürsorge nach dienst-/arbeitsvertraglichen Regelungen Ggf. Nachweise beifügen
----------	---

4	Krankenversicherung	Bei erstmaliger Antragstellung/Änderungen sind Nachweise der Versicherungen (auch Auslands-(Reise)versicherungen, Ergänzungstarife etc..) beizufügen. Bei Angehörigen bitte Vorname, Geburtsdatum und - falls abweichend - Familienname angeben							
	Person	nicht vers.	privat vers.	privat vers. Basistarif	freiwillig gkv vers.	gkv pflicht-vers.	familien-vers. bei	rentnerkrk.-versichert KVdR	Versicherg. besteht seit:
	Beihilfeberechtigte/r (B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
	Ehegatte/in (E), geb. Name	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/>	
	Kind, geb. Name	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
	Kind, geb. Name	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
	Kind, geb. Name	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	

¹⁾ Eingereichte Belege werden nicht zurückgesandt

Personalnummer:	Name:	Vorname:	Seite 2 zum Antrag vom
------------------------	--------------	-----------------	-------------------------------

5 Zuschüsse, Beitrags-/Arbeitgeberanteile zur Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> werden nicht gezahlt		
Person	von wem	seit	EUR/mtl.

6 Beihilfeberechtigungen (sonstige eigene oder von Angehörigen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
für wen:	bei wem:	seit:

7 Kinder	Angaben zu Kindern, sofern diese nicht im Familienzuschlag des/r Beihilfeberechtigten berücksichtigt werden oder der Beihilfeberechtigte keine Bezüge durch das LfF erhält		
Vorname	Geb.-datum	im Familienzuschlag berücksichtigt	nach Vollendung des 18. Lebensjahres
		<input type="checkbox"/> ja, bei wem? <input type="checkbox"/> nein	in Ausbildung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nachweis anbei <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> ja, bei wem? <input type="checkbox"/> nein	in Ausbildung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nachweis anbei <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> ja, bei wem? <input type="checkbox"/> nein	in Ausbildung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nachweis anbei <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/>

8 Behandler/in	War ein/e Behandler/in naher Angehörige/r? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Verwandtschaftsverhältnis:	Beleg/e Nr.:	

9 Aufwendungen für den/die Ehegatten/in / Lebenspartner/in
Die Einkünfte nach § 2 Abs. 2 EStG (siehe wichtige Hinweise Seite 4 Nr. 5) des/der Ehegatten/in / Lebenspartner/in betragen im zweiten Kalenderjahr vor der Antragstellung ,00 EURO
Im laufenden Jahr werden die Einkünfte nach § 2 Abs. 2 EStG des/der Ehegatten/in / Lebenspartner/in voraussichtlich betragen ,00 Euro

10 Unfälle, Verletzungen, sonstige schädigende Ereignisse	
Aufwendungen zu den Belegen Nr.: <input type="checkbox"/> Dienst-/Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Unfall im privaten Bereich <input type="checkbox"/> Schul-/Kindergartenunfall <input type="checkbox"/> anderes schädig. Ereignis am (Datum/Tag des Unfalls/Ereignisses) Unfallschilderung (ggf. mit Name u. Anschrift des Ersatzpflichtigen) <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> liegt vor	sind entstanden durch ein/en <input type="checkbox"/> Berufskrankheit

11 Leistungsausschlüsse
Die Belege Nr.: enthalten Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen – trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung – ausgeschlossen oder auf Dauer eingestellt worden sind. Entsprechende Nachweise <input type="checkbox"/> sind beigefügt <input type="checkbox"/> liegen vor

12 Auslandsaufwendungen (nur ausfüllen, wenn entsprechende Aufwendungen geltend gemacht werden)
Es besteht eine Auslands-(Reise) versicherung <input type="checkbox"/> ja Bitte Nachweise über die Höhe der Versicherungsleistung beifügen <input type="checkbox"/> nein

Personalnummer:	Name:	Vorname:	Seite 3 zum Antrag vom
-----------------	-------	----------	------------------------

Dauernde Pflege

Leistungsbescheide der Pflegekasse sind – sofern nicht bereits vorgelegt - dem Antrag beizufügen

I Pflegeversicherung

Bei erstmaliger Antragstellung/Änderungen sind Nachweise der Versicherungen beizufügen.

Person	nicht pflegeversichert	Private Pflegeversicherung	Soziale Pflegeversicherung	
			selbst vers.	familien vers. bei
Beihilfeberechtigte/r (B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E
Ehegatte/in (E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B
Kind, Name	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E
Kind, Name	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E

II Art der Pflege

<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 Pflegeeinrichtung der Behindertenhilfe <input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel/Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag <input type="checkbox"/> Ersatz-/Verhinderungspflege
--	--

III Pflege

für (gepflegte Person)		nach dem Pflegegrad				
P1		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	für die Zeit		vom:		bis:	
	Die Pflege war unterbrochen ¹⁾		vom:		bis:	
	Grund der Unterbrechung: ¹⁾					
P2		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	für die Zeit		vom:		bis:	
	Die Pflege war unterbrochen ¹⁾		vom:		bis:	
	Grund der Unterbrechung ¹⁾ :					

¹⁾ Unterbrechungszeiten z.B. wegen stationärer Krankenhausbehandlung der gepflegten Person oder Verhinderung (Urlaub, Krankheit etc.) der Pflegeperson bei Pauschalbeihilfe

IV Pflegeperson bei Pauschalbeihilfe

	Name, Vorname	Geburtsdatum	pflegte von - bis
P1			
P2			

V Einkommensnachweise bei Pflegeaufwendungen

bei Vertrags-(Berufs)pfegekräften oder stationärer Pflege: Bei Aufwendungen für den/die Ehegatten/in oder eines Kindes sind entsprechende Angaben u. Nachweise auch für den/die Ehegatten/in erforderlich

Renten (aus der gesetzlichen Rentenversicherung, einer auch zusätzlichen Alters- oder Hinterbliebenenversorgung)	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigte/r (B) <input type="checkbox"/> Ehegatte/in (E)	<input type="checkbox"/> nein
Versorgung aus einer Verwendung im öffentlichen Dienst einer zwischen- oder überstaatlichen Einrichtung gem. § 56 BeamtVG	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigte/r (B) <input type="checkbox"/> Ehegatte/in (E)	<input type="checkbox"/> nein
Dienst- oder Versorgungsbezüge	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> nein
Erwerbseinkommen	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> nein

Personalnummer:	Name:	Vorname:	Seite 4 zum Antrag vom
-----------------	-------	----------	------------------------

13	<input type="checkbox"/> Säuglings- und Kleinkinderausstattung		
	Vor-/ggf. abw. Familienname des Kindes	Geburtsdatum	Geburtsurkunde
			<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> liegt dem LfF vor
			<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> liegt dem LfF vor

Wichtige Hinweise:

- Bitte legen Sie keine Originalbelege vor, da alle eingesandten Belege nach der elektronischen Erfassung vernichtet werden. Bitte fertigen Sie pro Beleg eine separate Kopie und beachten Sie, dass Kopien und Zweitschriften deutlich lesbar sind.
- Eine Belegauflistung ist nicht erforderlich. Nummerieren Sie jedoch bitte die Belege. Als jeweils ein Beleg gelten z. B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung oder Rechnungen über das Zahnarzthonorar einschließlich Material- und Laborkosten.
- Kostenerstattungen sind durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung nachweislich nach einem Vomhundertsatz (Prozenttarif) bemessen werden, ist kein Einzelnachweis erforderlich.
- Bei **stationärer Behandlung** sind die **Entlassungsanzeige** und bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen die **Wahlleistungsvereinbarung** mit einzureichen.
- Einkünfte nach § 2 Abs. 2 Einkommensteuergesetzes (EStG) sind neben dem um die Werbungskosten bzw. den Arbeitnehmer-Pauschbetrag verminderten Arbeitslohn insbesondere der zu versteuernde Anteil von Renten, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit sowie Kapitaleinkünfte. Kapitaleinkünfte, die nach § 32d Abs. 1 EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert wurden oder die der Kapitalertragsteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Abs. 5 EStG unterliegen haben, sind den Einkünften hinzuzurechnen (vgl. § 2 Abs. 5a EStG). Beihilfen für den/die Ehegatten/in sind, soweit die Angaben über die Höhe seiner/ihrer Einkünfte unzutreffend sind oder nachträglich unzutreffend werden, zurückzuzahlen.

Für die Berücksichtigungsfähigkeit des/der Ehegatten/in oder Lebenspartners/in gelten folgende Einkommengrenzen

- bei Eheschließung und Begründung des Beamtenverhältnisses vor dem 01.01.2012 => 20.450 EUR
- bei Eheschließung oder Begründung des Beamtenverhältnisses nach dem 31.12.2011 => der steuerrechtliche Grundfreibetrag nach § 32a Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 EStG (Stand 2016: 8.652 EUR)

Gesamtaufwendungen in EUR		Anzahl der Belege		Anzahl der Blätter	
----------------------------------	--	--------------------------	--	---------------------------	--

14	Auszahlung	nur ausfüllen, wenn Auszahlung nicht auf das Konto für die LfF-Bezüge erfolgen soll					
IBAN: Eingabe bitte vier Zeichen - soweit vorhanden - pro Spalte							BIC

15	Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt bzw. gezahlt. Evtl. anderen Beihilfeberechtigten gezahlte Beihilfe zu denselben Aufwendungen sind angegeben.
-----------	--

Datum

Unterschrift des/der
Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten