

Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> oder sorgfältig ausfüllen!		
Name, Vorname	Besoldungsgruppe	Geburtsdatum
Bereich bzw. Anschrift, Telefon		Personenkennzahl

Hansestadt Lübeck
Der Bürgermeister
1.110 - Personal- und Organisationservice
Fischstraße 2 - 6

23539 Lübeck

Bei erstmaliger Antragstellung mit diesem Vordruck:
 Bitte alle Fragen beantworten.

Bei wiederholter Antragstellung:
 Haben sich Änderungen bei den Fragen 1 bis 7 gegenüber den Angaben im letzten Antrag ergeben?

nein weiter bei Nr. 8

ja, folgende Änderungen unter Nr. 1 bis 7

Antrag auf Beihilfe in der beamtenrechtlichen Krankenfürsorge

1. Angaben zur Beschäftigung

Im öffentlichen Dienst seit:	Im Dienst der Hansestadt Lübeck seit:	Eintritt in den Ruhestand/Entlassung am:
vollbeschäftigt <input type="checkbox"/> seit	teilzeitbeschäftigt <input type="checkbox"/> seit	mit Wochenstd.
befristet beschäftigt (von - bis) <input type="checkbox"/>	Elternzeit <input type="checkbox"/>	sonstige Beurlaubung <input type="checkbox"/> von - bis alleinerziehend <input type="checkbox"/>

2. Familienstandsbezogene Angaben

ledig <input type="checkbox"/>	verheiratet / Lebenspartnerschaft seit	Name d. Ehegattin / Ehegatten / Lebenspartnerin / Lebenspartner	Geburtsdatum	geschieden / Lebenspartnerschaft beendet seit	verwitwet seit
Ist die Ehegattin / der Ehegatte / die Lebenspartnerin / der Lebenspartner / die Mutter bzw. der Vater gemeinsamer berücksichtigungsfähiger Kinder erwerbstätig?					Besteht hieraus eine Beihilfeberechtigung?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Arbeitgeber / Dienstherr: _____ →					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3. Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

1. Kind - Vorname (ggf. abw. Familienname) geboren am	2. Kind - Vorname (ggf. abw. Familienname) geboren am
3. Kind - Vorname (ggf. abw. Familienname) geboren am	4. Kind - Vorname (ggf. abw. Familienname) geboren am
<input type="checkbox"/> Wegfall eines Kindes aus dem Familienzuschlag Vorname _____ ab _____	<input type="checkbox"/> Wiederaufnahme eines Kindes in den Familienzuschlag nach einer Unterbrechung Vorname _____ ab _____

4. Krankenversicherungsschutz

Personen Bei Kindern bitte den Namen eintragen.	Private Krankenversicherung * seit (Datum)	Gesetzliche Krankenversicherung			Heilfürsorge, Krankenhilfe- oder Kostenerstattungsanspruch ** seit (Datum)	keine Krankenversicherung seit (Datum)
		pflichtversichert (§ 5 SGB V) seit (Datum)	freiwillig versichert (§ 9 SGB V) seit (Datum)	familienversichert (§ 10 SGB V) seit (Datum)		
Beihilfeberechtigte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegattin/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Bei erstmaliger Antragstellung sowie bei jeder Tarifumstellung oder -änderung (nicht: Beitragsänderung) bitte einen Nachweis beifügen.
 ** Bitte Nachweis oder Bescheid über den Grundanspruch beifügen.
 Bei **privater Krankenversicherung** ist als Nachweis eine Kopie des aktuellen Versicherungsscheines notwendig. Zu den **gesetzlichen Krankenversicherungen** gehören z. B. AOK, BKK und Ersatzkassen. Ein Anspruch auf **Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung** kann z. B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen bestehen. **Hier auch etwaige Änderungen des Versicherungsschutzes bei Rentenanspruch oder Arbeitslosigkeit eintragen.**

5. Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt?

nein (weiter bei 6.) ja ↓

Empfängerin / Empfänger	Höhe des Zuschusses (mtl.)	Höhe des Versicherungsbeitrages (mtl.)
1.	EUR	EUR
2.	EUR	EUR

6. Haben Sie oder Ihre Angehörigen eine sonstige Beihilfeberechtigung?

nein (weiter bei 7.) ja ↓

<input type="checkbox"/> aufgrund einer (weiteren) beamtenrechtlichen Versorgung	wer:
<input type="checkbox"/> aufgrund eines Dienstverhältnisses im öffentlichen Dienst als Beamtin/er	wer:
<input type="checkbox"/> aufgrund eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses	wer:
<input type="checkbox"/> aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses	wer:
gegenüber wem:	seit:

7. Sind Angehörige bei einer / einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?

nein (weiter bei 8.) ja ↓

Wer?	Bei wem (z. B. Dienstherr, Versorgungskasse usw.)?

Besondere Antragsgründe:

8. Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für die / den Ehegattin/en bzw. Lebenspartner/in geltend gemacht werden.	Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) der / des Ehegattin/en bzw. Lebenspartner/in im vorvergangenen Jahr den Betrag von EUR 18.000,--?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Falls ja, werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich übersteigen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

9. Nur ausfüllen bei Verletzungen jeglicher Art oder Unfällen	Betroffen sind die Belegnummern: _____
	Unfalldatum: _____ geschädigte Person: _____ <input type="checkbox"/> Unfallmeldung liegt bereits vor <input type="checkbox"/> erstmalige Unfallmeldung (fügen Sie bitte immer eine Unfallschilderung auf einem gesonderten Blatt bei – auch bei Unfällen im privaten Bereich)
	Es handelt sich um einen Unfall, der sich in folgendem Umfeld ereignet hat: <input type="checkbox"/> im privaten Bereich <input type="checkbox"/> während des Dienstes / der Arbeit <input type="checkbox"/> Schul- oder Kindergartenbesuch <input type="checkbox"/> sonstiges schädigendes Ereignis (z.B. Berufskrankheit)
	Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung (z.B. auf Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung (Schulunfall), beamtenrechtlichen Unfallfürsorge oder nach dem Opferentschädigungsgesetz)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht? <input type="checkbox"/> ja ↓ <input type="checkbox"/> nein
	Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Ersatzpflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer

10. Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für die Tätigkeit einer/s nahen Angehörigen geltend gemacht werden.	Um welche Aufwendungen handelt es sich? (Als nahe Angehörige gelten: Ehegattin/-gatte / Lebenspartner/in, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person)	Beleg Nr.:
---	---	------------

11. Nur ausfüllen, wenn die private Versicherung individuelle Leistungsausschlüsse enthält.	Die folgenden Belege enthalten Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder auf Dauer eingestellt worden sind. Bitte Nachweis (Versicherungsschein) beifügen!	Beleg Nr.:
--	---	------------

12. Nur ausfüllen, wenn Sie einen Abschlag erhalten haben.	Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten von: EUR	Bescheid vom:
---	---	---------------

13. Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit	Name der pflegebedürftigen Person:
	Beim Erstantrag und bei Änderungen muss der Leistungsbescheid der Pflegekasse beigefügt werden!
	In welcher Form erfolgt die Pflege? <input type="checkbox"/> Pflegedienst / Pflegefachkräfte <input type="checkbox"/> Selbst beschaffte Pflegehilfe (Verwandte, Nachbarn etc.) Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der pflegenden Person: _____
	Bei Versicherungspflicht der pflegenden Person bitte die Mitteilung /Änderungsmitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung beifügen! <input type="checkbox"/> Hiermit versichere ich, dass die Pflege im zurückliegenden Zeitraum vom _____ bis _____ durchgeführt worden ist. <input type="checkbox"/> Es gab Unterbrechungen (z.B. Krankenhaus) während des o.g. Zeitraumes vom _____ bis _____ wegen: _____ <input type="checkbox"/> Hiermit beantrage ich, dass das Pflegegeld als Abschlag für die nächsten 6 Monate gezahlt wird. Unterbrechungszeiträume teile ich bei der nächsten Antragstellung mit.
	<input type="checkbox"/> Tages- / Nachtpflege (teilstationäre Pflege) <input type="checkbox"/> Kurzzeit- oder Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> stationäre Pflege <input type="checkbox"/> Pflege in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe
<input type="checkbox"/> Zusätzliche Betreuungsleistungen werden geltend gemacht; siehe beiliegenden Feststellungsbescheid der Pflegekasse	
Bestehen zu den geltend gemachten Aufwendungen wegen Pflegebedürftigkeit Leistungsansprüche aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften (z. B. Unfallfürsorgebestimmungen, Kriegsopferfürsorge)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; ggf. bitte Leistungsbescheid oder ähnliche Nachweise beifügen.	

Erklärung

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Beihilfebewilligung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Rabatte auf die Kosten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe. Mir ist auch bekannt, dass ich verpflichtet bin, die Beihilfe für meine Ehegattin / Lebenspartnerin bzw. meinen Ehegatten / Lebenspartner zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe ihrer / seiner Einkünfte unzutreffend sind oder durch die nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (nach Festsetzung des Finanzamtes) unzutreffend werden.

Mir ist weiterhin bekannt, dass ich im Falle bewusst unrichtiger oder unvollständiger Angaben sowie Verfälschung von Belegen strafrechtlich und disziplinarrechtlich verfolgt werde. Arbeitnehmer/innen haben mit einer Kündigung zu rechnen.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Ich versichere wahrheitsgemäß, dass Leistungen an den abgerechneten Behandlungstagen tatsächlich erbracht wurden.

Der Antrag wird nur bearbeitet, wenn

- die Erklärung rechts oben auf Seite 1 angekreuzt ist,
- alle Fragen beantwortet sind,
- die Bankverbindung angegeben ist und
- er unterschrieben ist.



Ort, Datum und Unterschrift:

Ich bitte, die Beihilfe zu überweisen auf das folgende Konto	
IBAN	Kontoinhaberin / Kontoinhaber
Name des Geldinstituts	BIC

Zusammenstellung der Aufwendungen bitte auf der Rückseite →

Zusammenstellung der Aufwendungen

Bitte nach Belegen (Antragsteller/in (A), Ehegattin/e bzw. Lebenspartner/in (E) und Kinder (K)) sortiert eintragen.
Die Belege bitte fortlaufend nummerieren.

Bei pflegebedingten Aufwendungen bitte unbedingt Ziffer 13 des Antrags ausfüllen.

Beleg Nr.	Datum der Rechnung	A E K	Art der Leistung (Arzt, Hilfsmittel, Krankenhaus, Pflege, Rezept, Zahnarzt, ...)	Rechnungsbetrag	Kostenerstattung von anderer Seite, falls kein Prozenttarif
1				EUR	EUR
2				EUR	EUR
3				EUR	EUR
4				EUR	EUR
5				EUR	EUR
6				EUR	EUR
7				EUR	EUR
8				EUR	EUR
9				EUR	EUR
10				EUR	EUR
11				EUR	EUR
12				EUR	EUR
13				EUR	EUR
14				EUR	EUR
15				EUR	EUR
16				EUR	EUR
17				EUR	EUR
18				EUR	EUR
19				EUR	EUR
20				EUR	EUR
21				EUR	EUR
22				EUR	EUR
23				EUR	EUR
24				EUR	EUR
25				EUR	EUR
26				EUR	EUR
27				EUR	EUR