

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
Fischstraße 2 - 6

23539 Lübeck

Kurzantrag auf Beihilfe

Ich erkläre, dass es zu keinen Änderungen in den der Beihilfestelle von mir mitgeteilten Verhältnissen (Versicherung, Krankenkassenzuschuss, Beschäftigung, Familienstand, Berücksichtigung von Kindern, Beihilfeberechtigung und Berücksichtigung von Angehörigen) gekommen ist.

Wichtig!

Diesen Antrag nur verwenden, wenn es bei folgenden Sachverhalten zu keinen Änderungen in den der Beihilfestelle mitgeteilten Verhältnissen gekommen ist:

- Versicherungsverhältnis
- Krankenkassenzuschuss (wenn vorhanden)
- Art und Umfang der Beschäftigung
- Familienstand / Berücksichtigung von Kindern
- Beihilfeberechtigung / Berücksichtigungsfähigkeit von Angehörigen

Sollten sich Änderungen ergeben haben, verwenden Sie bitten den regulären (langen) Beihilfeantrag. Gleiches gilt, wenn Sie erstmals Angaben zu verletzungs- / unfallbedingten Aufwendungen machen.

Werden Aufwendungen für Verletzungen jeglicher Art / Unfälle geltend gemacht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	Betroffen sind die Belegnummern: _____ Wurde der Unfall / die Verletzung bereits der Beihilfestelle gemeldet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein → Bitte verwenden Sie den regulären (langen) Beihilfeantrag.	
Werden Aufwendungen für die Ehegattin / Lebenspartnerin bzw. den Ehegatten / Lebenspartner geltend gemacht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) der / des Ehegattin/en bzw. Lebenspartner/in im vorvergangenen Jahr den Betrag von EUR 20.000,--? <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	
Werden Aufwendungen für die Behandlung <u>durch</u> nahe Angehörige geltend gemacht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	Um welche Aufwendungen handelt es sich? (Als nahe Angehörige gelten: Ehegattin/-gatte / Lebenspartner/in, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person)	Beleg Nr.:

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 angekreuzt ist,
- er unterschrieben ist,
- die Bankverbindung angegeben ist und
- alle Fragen beantwortet sind.



Ort, Datum und Unterschrift:

Ich bitte, die Beihilfe zu überweisen auf das folgende Konto

IBAN	Kontoinhaberin / Kontoinhaber
D E _____	
Name des Geldinstituts	BIC

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

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

Bitte zusätzliche ausfüllen, wenn Aufwendungen bei **dauernder Pflegebedürftigkeit bzw. bei Einschränkung der Alltagskompetenz (Demenz)** geltend gemacht werden.

Beim Erstantrag und bei Änderungen muss der Leistungsbescheid der Pflegekasse beigelegt werden!

Name der pflegebedürftigen Person:

In welcher Form erfolgt die Pflege?

- Pflegedienst / Pflegefachkräfte
 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!

- Hiermit versichere ich, dass die Pflege im zurückliegenden Zeitraum vom _____ bis _____ durchgeführt worden ist.
 Es gab Unterbrechungen (z.B. Krankenhaus) während des o.g. Zeitraumes vom _____ bis _____ wegen: _____
 Hiermit beantrage ich, dass das Pflegegeld als Abschlag für die nächsten 6 Monate gezahlt wird. Unterbrechungszeiträume teile ich bei der nächsten Antragstellung mit.

- Tages- / Nachtpflege (teilstationäre Pflege)
 Kurzzeit- oder Verhinderungspflege
 stationäre Pflege
 Pflege in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe

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)?

- nein ja; ggf. bitte Leistungsbescheid oder ähnliche Nachweise beifügen.