



Antrag auf Beihilfe

Antragsteller/-in Name, Vorname	Beihilfe-Aktenzeichen der BVK BF
	Geburtsdatum
Dienststelle oder Pensionsregelungsbehörde	Telefon dienstlich
	Telefon privat
	E-Mail-Adresse

Eingangsstempel

An _____

Bei wiederholter Antragstellung
Haben sich Änderungen bei den
Angaben zu Nr. 1 bis 8 gegenüber
den Angaben im letzten Beihilfeantrag
ergeben?
nein bitte weiter bei Nr. 9
ja bitte Nr. 1 bis 8 vollständig
ausfüllen

Bitte **Gesamtbetrag der Aufwendungen**
aller mit diesem Antrag eingereichten
Belege angeben:

1. Allgemeine Angaben

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		Amts- oder Dienstbezeichnung
Familienstand ledig verheiratet in Lebenspartnerschaft verwitwet geschieden	seit	Versorgungsempfänger/-in ja, seit
Vorname der Ehegattin/des Ehegatten		Nachname der Ehegattin/des Ehegatten (nur bei Abweichung)
IBAN	BIC	Geldinstitut

2. Angaben zur Beschäftigung

Beamtenanwärter/in

Beamte/r

Tarifbeschäftigte/r

vollbeschäftigt im öffentlichen Dienst seit	teilzeitbeschäftigt im öffentlichen Dienst		befristet beschäftigt von - bis
	seit	mit Wochenstunden	
Elternzeit von - bis	Beurlaubung ohne Bezüge nach § 80 Abs. 2 HBG von - bis		sonstige Beurlaubung ohne Bezüge von - bis

3. Angaben zur Berücksichtigung von Angehörigen

Sind oder waren die Ehegattin/der Ehegatte oder berücksichtigungsfähige Kinder in den letzten zwölf Monaten vor der Antragstellung berufstätig, in (Hoch-)Schulausbildung, in Berufsausbildung, arbeitslos, in Mutterschutz oder Elternzeit, Empfänger/in von Versorgungsbezügen oder Renten?			Nein
Ja, und zwar (bitte auch beantworten, wenn keine Aufwendungen für die Person geltend gemacht werden)			
Name des/der Berufstätigen usw.	Name der Ausbildungsstätte bzw. des Arbeitgebers, „Schulausbildung“, „Hochschulausbildung“, „arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld oder -hilfe“, „Mutterschutz“, „Elternzeit“, „Versorgungsempfänger/in“ oder „Rentenbezieher/in“	berufstätig, in Ausbildung, arbeitslos usw. von - bis	

Wegfall der Berücksichtigung bei (Name der berücksichtigungsfähigen Angehörigen)	von - bis/seit	Grund				
Sofern der andere Elternteil im öffentlichen Dienst tätig ist: Für welche Kinder erhält dieser den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag, Ortszuschlag oder Sozialzuschlag? Name						
Für folgende Kinder bestand bzw. besteht wegen deren Einkünfte oder Bezüge kein Kindergeldanspruch: <table border="1"> <tr> <td>Name</td> <td>Zeitraum</td> <td>Name</td> <td>Zeitraum</td> </tr> </table>			Name	Zeitraum	Name	Zeitraum
Name	Zeitraum	Name	Zeitraum			

4. Krankenversicherungsschutz

(bitte auch ausfüllen, wenn für einzelne der nachstehenden Personen keine Beihilfe beantragt wird)

[illegible]

*) Nur ausfüllen, wenn für die Ehegattin/den Ehegatten Aufwendungen für Vorsorgemaßnahmen (§ 10 HBeihVO) geltend gemacht werden.

5. Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag, ermäßigte Beiträge

Wird - außer Arbeitgeberanteilen bei Pflichtversicherten - zu dem Krankenversicherungsbeitrag ein Zuschuss gewährt, steht ein Zuschuss nach § 257 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V zu, ist ein Beitragszuschuss oder eine Beitragserstattung beantragt worden oder gilt für die Bemessung der Beiträge der ermäßigte Beitragssatz als Dienstordnungsangestellte/r?

Hinweis: Darunter fällt auch ein von Rentenversicherungsträgern gezahlter Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

nein

Auf einen für (Person) _____ zustehenden Beitragszuschuss wurde ganz oder teilweise rechtswirksam verzichtet.
Die Bestätigung des Renten- bzw. Krankenversicherungsträgers über den Verzicht ist beigelegt/ liegt bereits vor.

ja, und zwar

	Seit wann gewährt bzw. ab wann beantragt	nach § 257 SGB V	nach §§ 106, 315 SGB VI		aufgrund arbeitsver- tragl. Ver- einbarung	sonstiger Zuschuss	Beitragserstatt. bei Elternzeit - EUR -	ermäßigter Beitrag als Dienstordnungs- - angestellte(r)
			Höhe des monatl. Zuschusses - EUR -	monatl. Krankenvers.- Beitrag - EUR -				
Antragsteller/in								
Ehegatte								
Kind								
Kind								
Kind								
Ab welchem Tag werden Beitragserstattungen wegen Elternzeit gewährt?								

6. Der Beihilfebeitrag (derzeit 18,90 €) für den Erhalt der Beihilfe zu Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung wird nach entsprechender Erklärung gezahlt:

ja nein, seit

Bei Beantragung von Wahlleistungen bei stationärer Behandlung ist die mit dem Krankenhaus geschlossene Wahlleistungsvereinbarung mit einzureichen.

**7. Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine sonstige eigene Beihilfeberechtigung?**

nein ja, aufgrund

einer beamtenrechtlichen Versorgung	wer
eines Beamtenverhältnisses	wer
eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses	wer
eines Amts- oder Abgeordnetenverhältnisses	wer
gegenüber wem	seit

8. Sind Angehörige bei anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?

nein ja

wer	bei wem?
-----	----------

9. Vorrangige Ansprüche/Teilnahme an der Kostenerstattung

a) Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige zu den geltend gemachten Aufwendungen einen Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung aufgrund von Rechtsvorschriften (z. B. SGB V, SGB VI, SGB VII, SGB VIII, SGB XI, RVO, Unfallfürsorgebestimmungen, Lastenausgleichsgesetz Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz, Soldatenrecht) oder aufgrund arbeitsvertraglicher Vereinbarungen?
- Es sind insbesondere Leistungen gesetzlicher Krankenkassen und von Pflegekassen anzugeben -

nein ja → bitte Nachweis oder Bescheid beifügen

b) Wird nach § 13 Abs. 2 oder § 64 SGB V anstelle von Sachleistungen Kostenerstattung gewährt? nein ja

10. Einkünfte der Ehegattin oder des Ehegatten

Die Ehegattin/der Ehegatte hatte im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung keine Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG)
- bitte Anmerkung Nr. 6 auf Seite 5 beachten -

Die Einkünfte der Ehegattin/des Ehegatten überstiegen im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung das Zweifache des steuerlichen Grundfreibetrages nach § 32 a Abs. 1 EStG

nein ja

Wird diese Einkunftsgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten?
nein ja

11. Nur ausfüllen für Personen mit Rentenanspruch

Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?

nein ja

wer	wann	Ist der Antrag abgelehnt worden?
		nein ja

12. Nur Ausfüllen für Personen mit Anspruch auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz

Besteht Anspruch auf Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz?	nein ja	Besteht Anspruch auf freie Heilfürsorge (z. B. Bundesbehandlungsschein)?	nein ja
Beziehen sich geltend gemachte Aufwendungen auf Versorgungsleiden?		nein ja, Beleg Nr.	

13. Nur ausfüllen, wenn von freiwillig gesetzlich Versicherten (ohne Beitragszuschuss) nach § 5 Abs. 5 HBeihVO Beihilfe zum Geldwert von Sachleistungen beantragt wird

Der Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung (ohne Pflegeversicherung) betrug für die dem Antragsmonat vorausgegangenen letzten zwölf Kalendermonaten (einschließlich Beitragserstattungen)

Nachweis ist beigelegt				Nachweis liegt bereits vor			
	von - bis	EUR - monatl.		von - bis	EUR - monatl.		EUR - monatl.
Antragsteller/in							
Ehegatte							
Kind Name:							
Kind Name:							



14. Nur ausfüllen bei Unfällen und Verletzungen (bitte kurze Schilderung beifügen)

Es handelt sich bei den Aufwendungen nach Beleg-Nr. _____ um _____

einen Dienstunfall	einen Arbeitsunfall	eine Berufskrankheit	einen Schulunfall/ Kindergartenunfall	ein anderes schädigendes Ereignis (z. B. Unfall oder Verletzung im privaten Bereich)
Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung (z. B. auf Leistungen aus der beamtenrechtlichen oder der gesetzlichen Unfallversicherung)? nein ja				
Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht? Nein ja				
Name, Anschrift des Kostenträgers (z. B. Versicherung) bzw. Ersatzpflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer				

15. Nur ausfüllen, wenn Versorgungsempfänger die Freistellung von den Eigenanteilen an Arznei- und Verbandmitteln beantragen

Die Versorgungsbezüge betragen im Monat der Antragstellung	EUR
--	-----

16. Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen (Ehegatten, Kinder oder Eltern) geltend gemacht werden

Der Behandler ist	Ehegatte	Kind	Elternteil der behandelten Person	Beleg-Nr.
-------------------	----------	------	-----------------------------------	-----------

17. Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht werden, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind

Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)?	Betrag EUR	Nachweis – Versicherungsschein über Ausschluss usw. bitte beifügen
---	------------	---

18. Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für häusliche oder stationäre Pflege geltend gemacht werden

Pflegebedürftige Person - Name, Vorname					
Pflegegrad	1	2	3	4	5
Der aktuelle Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung ist beizufügen					
Bei Beantragung von Pauschalbeihilfe für häusliche Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegekräfte					
Name, Vorname der Pflegeperson _____					
Verwandschaftsverhältnis _____					
Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der Pflegeperson ist beizufügen					
Bei Beantragung von Aufwendungen für: - Unterkunft und Verpflegung bei vollstationären Pflege - häusliche Pflege durch erwerbsmäßig tätige Pflegekräfte oder teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege mit jeweils und höheren Pflegekosten im Kalendermonat als die festgelegten Höchstbeträge des jeweiligen Pflegegrades.					
			Antragsteller/in	Ehegattin/Ehegatte	
Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne kinderbezogene Anteile im Familienzuschlag)			_____	_____	
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- und Hinterbliebenenversorgung			_____	_____	
Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt und Lohnersatzleistungen			_____		
bitte Nachweis über die Bezüge, Renten usw. beifügen.					



19. Nur ausfüllen in Todesfällen

Name des/der Verstorbenen	In welchem Verwandtschaftsverhältnis standen Sie zu der verstorbenen Person?	Todestag	Todesort
Ich erkläre, dass mir aus Anlass der Beisetzung Aufwendungen in Höhe von mindestens 1200 EUR entstanden sind.			

20. Nur ausfüllen bei Abschlagszahlung

Auf die beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten	von	EUR	am
durch			

21. Datenschutz

Die KVK Beamtenversorgungskasse verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten und ggf. die Ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen zur Berechnung und Auszahlung der von Ihnen beantragten Beihilfen nach der Hessischen Beihilfenverordnung und zur Geltendmachung von Arzneimittelrabatten nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz. Näheres entnehmen Sie bitte unseren Datenschutzhinweisen im Internet unter www.kvk-kassel.de/de/datenschutz. Auf Anforderung schicken wir Ihnen die Datenschutzhinweise gerne zu. Mit der Unterschrift unter dem Beihilfeantrag bestätigen Sie die Kenntnis dieser Datenschutzhinweise.

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

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Anmerkungen

1. Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen, der ersten Ausstellung einer Rechnung oder einer Bescheinigung über den Geldwert von Sachleistungen schriftlich beantragt wurde. Die in der Bescheinigung über ihren Geldwert aufgeführten Sachleistungen sind nur insoweit beihilfefähig, als sie im Zeitpunkt der Antragstellung nicht länger als ein Jahr zurückliegen.
2. Der Bemessungssatz richtet sich nach den Verhältnissen im Zeitpunkt der Antragstellung (Eingang des Antrages bei der Beihilfefestsetzungsstelle), nicht nach den Verhältnissen zum Zeitpunkt der Behandlung oder des Kaufs von Arznei- und Hilfsmitteln.
3. Bitte reichen Sie keine Originalbelege ein. Die Belege werden nicht zurückgeschickt, sondern nach einer kurzen Aufbewahrungszeit vernichtet. Bewahren Sie Ihre Originale oder Belegkopien bis drei Jahre nach Erhalt des Beihilfebescheides auf, sofern sie nicht bei der Krankenversicherung verbleiben.
4. a) Bescheinigungen über den Geldwert von Sachleistungen bitte getrennt nach Personen vorlegen
b) Liegt eine die Ehegattin oder den Ehegatten und die Kinder erfassende Familienversicherung vor, bitte den Versicherungsbeitrag in einer Summe nur bei dem/der Antragsteller/in vermerken.
5. Den Belegen über Arznei- und Verbandmittel bitte die ärztliche oder Verordnung eines Heilpraktikers, den Belegen über Hilfsmittel und Heilbehandlungen die ärztliche Verordnung beifügen.
6. Einkünfte nach § 2 Abs. 3 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, Kapitaleinkünfte (gekürzt um den Sparerfreibetrag) sowie Einkünfte aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit.
7. Bitte verwenden Sie diesen Antragsvordruck ausschließlich zur Beantragung Ihrer Beihilfe, sofern die Bearbeitung durch die KVK Beamtenversorgungskasse Kurhessen-Waldeck, Kölnische Str. 42, 34117 Kassel erfolgt.