

Name:

Geschäftszeichen:

_____ - _____

Vorname:

Geburtsdatum:

_____. _____. _____

Antrag auf Beihilfe

Bei **erstmaliger Antragstellung** oder auf **Verlangen** der Beihilfestelle ist der Antrag vollständig auszufüllen. In **Folgeanträgen** sind die Fragen 1 - 3, soweit zutreffend, zu beantworten (bitte ausfüllen oder ankreuzen). Ggf. bitte Beiblatt für weitere Angaben verwenden.

Belege bitte nicht heften, klammern oder aufkleben

| | | |
|---|---|------|
| 1 | Haben sich Änderungen bei den Fragen 4 – 7 gegenüber Ihrem letzten Antrag ergeben? | |
| | ja, bei Frage(n) _____ (bitte Fragen beantworten) | nein |

| | | |
|---|---|--------------|
| 2 | Sofern Aufwendungen für die Ehegattin/den Ehegatten bzw. die Lebenspartnerin/den Lebenspartner (siehe Hinweis Nr. 2) geltend gemacht werden: | |
| | Vorname der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners (ggf. abweichender Familienname): _____ | |
| | Hat die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner eine eigene Beihilfeberechtigung? ja, bei: _____ | nein |
| | Übersteigen die Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners - hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen - den Betrag von 20.878 €? Bei Berufstätigkeit der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/ des Lebenspartners bitte erstmalig Frage 5 beantworten! Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind von den Brutto-Einnahmen nur die Werbungskosten abzusetzen. ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr | nein nein |

| | | |
|---|---|------|
| 3 | Es wurden Aufwendungen durch einen Unfall verursacht. ja, Unfalldatum: _____ | nein |
| | Unfallart: Dienstunfall (s. Hinweis 8.) Arbeitsunfall Schulunfall sonstiger Unfall | |
| | Unfallschilderung: Belege kennzeichnen und für die Schilderung ggf. Beiblatt verwenden! | |

| | |
|--|----|
| Ich willige ein, dass bei gebührenrechtlichen und medizinischen Fragen geeignete Stellen (z.B. Gutachter) hinzugezogen und hierzu auch personenbezogene Daten übermittelt werden. Für Rückfragen bei Behandlern entbinde ich sie von der Schweigepflicht. Die Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. | ja |
|--|----|

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass Preisnachlässe zu den Krankheitsaufwendungen sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen sind und berichtigte oder stornierte Rechnungen mit einem entsprechenden Hinweis vorzulegen sind.

Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren diesbezüglichen Rechten erhalten Sie unter www.lff.bayern.de/ds-info oder alternativ unter unserer Datenschutz-Telefonnummer 0931 4504-6770.

| | |
|---|---------|
| Anzahl der eingereichten Belege: | _____ |
| Summe der Aufwendungen: | € _____ |

Telefon (optional): _____

Datum

Beihilfeberechtigte/
Beihilfeberechtigter

Unterschrift

Bevollmächtigte/
Bevollmächtigter

Nachweis liegt vor

Von Bezügeadresse abweichende **Beihilfeanschrift** (z. B. bei Bevollmächtigten) bzw. **Dienststellenanschrift:** _____

Beachten Sie bitte die Hinweise auf der Zusammenstellung der Aufwendungen zum Beihilfeantrag.

Antrag im Internet unter: www.lff.bayern.de - Antrag im Behördennetz unter: www.lff.bybn.de

V 04.2024



Zusammenstellung der Aufwendungen zum Beihilfeantrag

von _____

vom _____

Beachten Sie bitte folgende Hinweise:

Die Einträge und Belege bitte **nach Personen ordnen**. Bei gleichem Vornamen eines Elternteils und Kindes bitte **Belege** mit „**K**“ kennzeichnen.

A=Antragstellerin / Antragsteller E=Ehegattin / Ehegatte L=Lebenspartnerin / Lebenspartner K=Kind

| Nr. | A, E, L, K | Vorname des Kindes | Rechnungsdatum | Betrag in Euro |
|----------------------|------------|--------------------|----------------|----------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| Gesamtbetrag: | | | | |

Hinweise:

1. Für die Beantragung der Beihilfe sind **Zweitschriften oder Kopien** ausreichend.
2. Als **Lebenspartner** gelten nach § 1 Partnerschaftsgesetz nur eingetragene Lebenspartnerinnen/Lebenspartner.
3. Bei **Beurlaubungen** ist die **Frage 4** und/oder **Frage 5** stets auszufüllen.
4. Bei **zusätzlichem Anspruch auf Kostenerstattung** bitte **Frage 8** beantworten.
5. Sofern Aufwendungen für einen **stationären Krankenhausaufenthalt** geltend gemacht werden, ist die **Entlassungsanzeige** mit der Krankenhausrechnung zwingend vorzulegen - bitte **Frage 9** beantworten.
6. Bei Ausschluss oder Einstellung von **Versicherungsleistungen** bitte **Frage 10** beantworten.
7. Die Überweisung der Beihilfe erfolgt auf das **Bezügekonto**.
8. Dienstunfallbedingte Belege sind, falls noch nicht geschehen, mit einem Antrag auf Anerkennung eines Dienstunfalles (erhalten Sie bei Ihrer personalverwaltenden Stelle) beim LfF, Bezügestelle Dienstunfall einzureichen. Weitere Informationen zum Dienstunfallverfahren und diesbezügliche Antragsformulare erhalten Sie unter: www.lff.bayern.de/themen/dienstunfallsachschaden/allgemeine-informationen/.