

Name:

\_\_\_\_\_

Geschäftszeichen:

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Vorname:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_

# Antrag auf Beihilfe Pflege- und allgemeine Aufwendungen

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	<b>Haben sich Änderungen bei den Fragen 4 – 7 gegenüber Ihrem letzten Antrag ergeben?</b>	nein
	ja, bei Frage(n) _____ (bitte Fragen beantworten)	
2	<b>Sofern Aufwendungen für die Ehegattin/den Ehegatten bzw. die Lebenspartnerin/den Lebenspartner (siehe Hinweis Nr. 2) geltend gemacht werden:</b>	
	Vorname der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners (ggf. abweichender Familienname): _____	
	Hat die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner eine <b>eigene Beihilfeberechtigung?</b> 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	<b>Es wurden Aufwendungen durch einen Unfall verursacht.</b> ja, <b>Unfalldatum:</b> _____	nein
	<b>Unfallart:</b> _____ Dienstunfall (s. Hinweis 8.)    Arbeitsunfall    Schulunfall    sonstiger Unfall	
	<b>Unfallschilderung:</b> _____  Belege kennzeichnen und für die Schilderung ggf. Beiblatt verwenden!	
Eine <b>Pauschalbeihilfe</b> für <b>dauernde häusliche Pflege</b> durch <b>andere geeignete Personen</b> für die Zeit vom _____ bis _____ wird beantragt. Eine Bestätigung über die Durchführung der Pflege mit Angabe von Unterbrechungszeiträumen ist beizufügen.		
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.iff.bayern.de/ds-info](http://www.iff.bayern.de/ds-info) oder alternativ unter unserer Datenschutz-Telefonnummer 0931 4504-6770.

<b>Anzahl der eingereichten Belege:</b>	_____
<b>Summe der Aufwendungen:</b>	€ _____

**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.iff.bayern.de](http://www.iff.bayern.de) - Antrag im Behördennetz unter: [www.iff.bybn.de](http://www.iff.bybn.de)

V 01.2024



**Geschäftszeichen:**

<b>4</b>	<b>Antragstellerin/Antragsteller: Erhalten Sie weitere Bezüge</b> ja, als    Beamter /    Versorgungsempfänger von:						nein		
Nur von Beschäftigten im aktiven Dienst auszufüllen									
vollbeschäftigt seit:			teilzeitbeschäftigt seit:			Zeitanteil:			
Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet?						ja, vom	bis		
Sind Sie ohne Bezüge beurlaubt?							nein		
ja, vom			bis			Elternzeit    sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)			
Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?							nein		
ja, vom			bis			als:			
bei:			Zeitanteil:						
<b>5</b>	<b>Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner ohne Bezüge beurlaubt?</b> ja, vom    bis    Elternzeit    sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)						nein		
<b>Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner erwerbstätig?</b> ja, als:    Beamter    Arbeitnehmer    Selbständiger bei:    Zeitanteil:								nein	
<b>6</b>	Kinder, die im Orts- und Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind oder die bei einer zweiten Berufsausbildung bzw. einem Zweitstudium wegen des Umfangs einer Erwerbstätigkeit nicht berücksichtigt werden.								
Vorname (ggf. abweichender Familienname)		Geburtsdatum	<b>Bei Kindern in Berufsausbildung / Studium</b>						
			Art der Ausbildung		Beginn	Voraussichtliches Ende	eigene Beihilfeberechtigung		
a							ja    nein		
b							ja    nein		
c							ja    nein		
Ist ein Kind bei einer anderen Person im Orts- und Familienzuschlag berücksichtigungsfähig?							nein		
ja, Kind			bei:						
Hat ein über 18-jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen?							nein		
ja, Kind:			seit:						
<b>7</b>	<b>Besteht Krankenversicherungsschutz (bei erster Antragstellung und Änderungen – bitte Nachweise vorlegen)</b>								
ja	(bei Kind Vorname angeben)		<b>privat</b>		<b>gesetzlich</b>			<b>Zusatzversicherung (Art?)</b>	
			<b>pflicht-</b>	<b>freiwillig</b>	<b>familien-</b>				
			<b>versichert</b>						
	Antragsteller								
	Ehegatte/Lebenspartner								
	Kind								
	Kind								
	Kind								
<b>8</b>	Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z. B. nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, sozialem Entschädigungsrecht usw.)? ja, für Person(en):    (bitte Nachweis vorlegen u. Aufwendungen kennzeichnen)						nein		
<b>9</b>	Ist mit den behandelnden Ärzten / der Klinikleitung eine <u>Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen</u> (Chefarztbehandlung) / gesondert berechenbare Unterkunftsleistungen geschlossen worden? ja    (Bitte Kopie der <b>Wahlleistungsvereinbarungen</b> beilegen!)						nein		
<b>10</b>	Es werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die <b>Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt</b> worden sind (bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen).						ja		



## Zusammenstellung der Aufwendungen zum Beihilfeantrag

Die Vorlage der Zusammenstellung bei der Beihilfestelle bleibt Ihnen freigestellt.

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				
<b>Gesamtbetrag:</b>				

**Hinweise:**

1. Für die Beantragung der Beihilfe sind **Zweitschriften oder Kopien** ausreichend.
2. Als **Lebenspartner** gelten nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz 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/nebenleistungen/dienstunfall](http://www.lff.bayern.de/nebenleistungen/dienstunfall).