

**Belege bitte nicht heften,  
klammern oder aufkleben**

Age Group	Number of Cases
0-4	10
5-9	20
10-14	80
15-19	30
20-24	10
25-29	5
30-34	10
35-39	5
40-44	10
45-49	5
50-54	10
55-59	5
60-64	10
65-69	5
70-74	10
75-79	5
80-84	10
85-89	5
90-94	10
95-99	5

Nachweis liegt vor

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

Seite 1 von 3



**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								nein
Sind Sie ohne Bezüge beurlaubt?								nein
ja, vom      bis      Elternzeit      sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)								nein
Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?								nein
ja, vom      bis      als:								nein
bei:      Zeitanteil:								nein

  

<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>	<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.</b>						
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

  

<b>7</b>	<b>Besteht Krankenversicherungsschutz (bei erster Antragstellung und Änderungen – bitte Nachweise vorlegen)</b>						
ja	(bei Kind Vorname angeben)	privat	gesetzlich			Zusatzversicherung (Art?)	
			pfllicht-	freiwillig	familien-		
			versichert				
	Antragsteller						
	Ehegatte/Lebenspartner						
	Kind						
	Kind						
	Kind						

  

<b>8</b>	<b>Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z. B. nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, sozialem Entschädigungsrecht usw.)?</b> ja, für Person(en):      (bitte Nachweis vorlegen u. Aufwendungen kennzeichnen)							nein
----------	---	--	--	--	--	--	--	------

  

<b>9</b>	<b>Ist mit den behandelnden Ärzten / der Klinikleitung eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) / gesondert berechenbare Unterkunftsleistungen geschlossen worden?</b> ja      (Bitte Kopie der <b>Wahlleistungsvereinbarungen</b> beilegen!)							nein
----------	--	--	--	--	--	--	--	------

  

<b>10</b>	<b>Es werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die <b>Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt</b> worden sind (bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen).</b>							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/themen/dienstunfallsachschaden/allgemeine-informationen/](http://www.lff.bayern.de/themen/dienstunfallsachschaden/allgemeine-informationen/).