

Wir bitten Sie, den Antrag vollständig auszufüllen bzw. den Sie betreffenden Text anzukreuzen und die Zusammenstellung der Aufwendungen (einfach) beizufügen. Sie erleichtern dadurch die Bearbeitung und vermeiden Verzögerungen. Wenn Sie beim Ausfüllen des Vordrucks Fragen haben, setzen Sie sich bitte mit der Beihilfestelle (Tel. 0941/507-7110 bis 7113) in Verbindung. Die Angaben sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung einer Beihilfe vorliegen. Rechtsgrundlage sind die Beihilfevorschriften.

Stadt Regensburg  
- Beihilfestelle -  
Postfach 11 06 43  
93019 Regensburg

### Vereinfachter Antrag

**Bitte nur verwenden, wenn**

- keine erstmalige Antragstellung erfolgt,
- seit dem letzten vollständigen Antrag keine Änderungen eingetreten sind,
- alle Voraussetzungen bei Nr. 4 zutreffen
- und keine Beihilfe für einen Pflegefall beantragt wird

## Antrag auf Beihilfe in Krankheitsfällen

### 1. Antragsteller/in

Name, Vorname, ggf. Geburtsname, Amts- oder Dienstbezeichnung		Geburtsdatum	Telefon
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		Dienststelle/Amt	
<input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin	<input type="checkbox"/> Tarifbeschäftigte(r)	<input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in	
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet seit	<input type="checkbox"/> geschieden seit	<input type="checkbox"/> verwitwet seit
<input type="checkbox"/> vollbeschäftigt seit	<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt seit	mit	Wochenstunden
<input type="checkbox"/> ausgeschieden bzw. in Ruhestand seit			
Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von bis
Beurlaubung ohne Bezüge?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von bis
<input type="checkbox"/> Elternzeit		<input type="checkbox"/> sonstige Vorschrift	
<input type="checkbox"/> Art. 89 BayBG (familienbezogene Gründe)		<input type="checkbox"/> Art. 90 BayBG (arbeitsmarktbezogene Gründe)	
Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?		wenn ja, bei	wenn ja, Zeiteanteil
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, von bis	

◀ Bitte ggf. Nachweis beifügen.

### 2. Ehegattin/Ehegatte bzw. eingetr. Lebenspartnerin/Lebenspartner

Name, Vorname, (Geburtsname)		Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort), falls abweichend vom/von der Antragsteller/in		
Ist die/der Ehegattin/Ehegatte/Lebenspartnerin berufstätig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit
wenn ja, bei (Arbeitgeber)		<input type="checkbox"/> Vollzeit
		<input type="checkbox"/> Teilzeit mit WoStd.
Ist die/der Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin derzeit in Elternzeit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von bis
Ist die/der Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin derzeit ohne Dienstbezüge beurlaubt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von bis

◀ Bitte ggf. Nachweis beifügen.

**Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für die/den Ehegattin/Ehegatten bzw. Lebenspartner/in geltend gemacht werden:**

Übersteigen die Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG; hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen) Ihrer/Ihres Ehegattin/Ehegatten bzw. Ihrer/Ihres Lebenspartnerin/Lebenspartners im Vorvorkalenderjahr den Betrag von 18.000 €?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Werden die Einkünfte (einschließlich der Einkünfte aus Kapitalvermögen) Ihrer/Ihres Ehegattin/Ehegatten bzw. Ihrer/Ihres Lebenspartnerin/Lebenspartners in diesem Jahr den Betrag von 18.000 € voraussichtlich übersteigen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

3. Welche Kinder sind im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig oder werden nur wegen der Höhe der Einkünfte und Bezüge nicht berücksichtigt?

Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum	Bei Kindern über 18 Jahre			eigener Beihilfeanspruch
		Art der Ausbildung bzw. arbeitslos	Beginn	voraussichtliches Ende	
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Hat ein **über 18 Jahre** altes Kind seit der letzten Antragstellung die Ausbildung **beendet, unterbrochen oder abgebrochen**?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Vorname	Grund (Beendigung, Unterbrechung, Abbruch)	seit wann?

Ist ein Kind seit der letzten Antragstellung aus dem **Familienzuschlag weggefallen bzw. wieder aufgenommen** worden?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Vorname	Wegfall/Wiederaufnahme?	seit wann?
		<input type="checkbox"/> Wegfall <input type="checkbox"/> Wiederaufnahme	
		<input type="checkbox"/> Wegfall <input type="checkbox"/> Wiederaufnahme	

4. Es wird versichert, dass

▼ Bitte unbedingt ankreuzen

<input type="checkbox"/>	<p>einschließlich eines berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner oder Kind) keine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt bzw. gewährt wird,</p> <p>einschließlich eines berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner oder Kind) kein Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung besteht,</p> <p>keine sonstige eigene Beihilfeberechtigung besteht,</p> <p>kein Angehöriger (Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner oder Kind) bei einem anderen Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist,</p> <p>keine Aufwendungen für krankenversicherungspflichtige, einschließlich arbeitsloser Personen geltend gemacht werden,</p> <p>keine Zuwendungen geltend gemacht werden, die durch einen Unfall oder eine Verletzung verursacht wurden,</p> <p>kein naher Angehöriger bei der Behandlung tätig war,</p> <p>keine Aufwendungen geltend gemacht werden, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind.</p>
--------------------------	--

Die Überweisung der Beihilfe kann aus rechtlichen Gründen grundsätzlich nur auf das **Bezügekonto** erfolgen. Bitte teilen Sie uns mit, falls sich dieses **geändert** hat:

IBAN (Internationale Bankkontonummer)	Geldinstitut / Name der Bank	BIC (Internationaler Bankcode)
---------------------------------------	------------------------------	--------------------------------

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt. Wichtige Hinweise siehe 4-seitigen Antrag.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------