

Wir bitten Sie, den Antrag vollständig auszufüllen bzw. den Sie betreffenden Text anzukreuzen ☐. Sie erleichtern dadurch die Bearbeitung und vermeiden Verzögerungen. Wenn Sie beim Ausfüllen Fragen haben, setzen Sie sich bitte mit der Beihilfestelle (Tel. 0941/507-8114 und 7110 bis 7113) in Verbindung. Die Angaben im Formblatt sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung einer Beihilfe vorliegen. Rechtsgrundlage sind die Beihilfevorschriften.

-Eingangsstempel-

Stadt Regensburg
- Beihilfestelle -
81534 München

Antrag auf Beihilfe in Krankheitsfällen

1. Antragsteller/in

Name, Vorname, ggf. Geburtsname	Beihilfenummer	Geburtsdatum	Telefon
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		Dienststelle/Amt	
☐ Beamtin/Beamter	☐ Tarifbeschäftigte(r)	☐ Versorgungsempfänger/in	Anwärterin/Anwärter
☐ ledig	☐ verheiratet seit	☐ geschieden seit	☐ verwitwet seit
☐ vollbeschäftigt seit	☐ teilzeitbeschäftigt seit	mit	Wochenstunden
☐ ausgeschieden bzw. in Ruhestand seit			
Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet? ☐ nein ☐ ja, von bis			
Beurlaubung ohne Bezüge?			
☐ nein	☐ ja, von	bis	◀ Bitte ggf. Nachweis beifügen.
☐ Elternzeit		☐ sonstige Vorschrift	
☐ Art. 89 BayBG (familienbezogene Gründe)		☐ Art. 90 BayBG (arbeitsmarktbezogene Gründe)	
Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?		wenn ja, bei	wenn ja, Zeiteanteil
☐ nein ☐ ja, von bis			

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/Lebenspartner/in berufstätig?	wenn ja, bei (Arbeitgeber)
☐ nein ☐ ja, seit	☐ Vollzeit ☐ Teilzeit mit WoStd.
Ist die/der Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartner/in derzeit in Elternzeit?	☐ nein ☐ ja, von bis
ohne Dienstbezüge beurlaubt?	☐ nein ☐ 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 Vorvorjahr den Betrag von 21.832 €?	☐ nein ☐ ja
Werden die Einkünfte (einschließlich der Einkünfte aus Kapitalvermögen) Ihrer/Ihres Ehegattin/Ehegatten bzw. Ihrer/Ihres Lebenspartnerin/Lebenspartners in diesem Jahr den Betrag von 21.832 € voraussichtlich übersteigen?	☐ nein ☐ 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	eigener Beihilfeanspruch (z. B. als Beamtenanwärterin/-anwärter)	Bei Kindern über 18 Jahre		
			Art der Ausbildung bzw. arbeitslos	Beginn der Ausbildung	Planmäßiges Ende der Ausbildung
		☐ nein ☐ ja			
		☐ nein ☐ ja			
		☐ nein ☐ ja			
		☐ nein ☐ ja			
		☐ nein ☐ ja			

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

☐ nein ☐ ja	Vorname	Grund (Beendigung, Unterbrechung, Abbruch)	seit wann?

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

☐ nein ☐ ja	Vorname	Wegfall/Wiederaufnahme?	seit wann?
		☐ Wegfall ☐ Wiederaufnahme	
		☐ Wegfall ☐ Wiederaufnahme	

4. Angaben nur bei erster Antragstellung für eine dieser Personen erforderlich bzw. bei Änderungen: Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?

Person	Bei privater Krankenversicherung Umfang des Versicherungsschutzes ► Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung bitte Nachweis über den Umfang beifügen.					Bei gesetzlicher Krankenversicherung (z. B. AOK, BKK oder Ersatzkasse) Evtl. Zusatztarife links angeben.			nicht ver- sichert
	A = Ambulant Prozenttarif %	St = Stationär Prozenttarif %	Z = Zahnkosten Prozenttarif %	Fest- kosten- tarif	Zusatztarif (z. B. Zahnersatz, Krankenhaus ohne Krankenhaustagegeld)	pflicht- versichert	freiwillig versichert	familien- versichert	
Antragsteller/in				☐		☐	☐	☐	☐
Ehegattin/Ehegatte*				☐		☐	☐	☐	☐
1. Kind				☐		☐	☐	☐	☐
2. Kind				☐		☐	☐	☐	☐
3. Kind				☐		☐	☐	☐	☐
4. Kind				☐		☐	☐	☐	☐
5. Kind				☐		☐	☐	☐	☐

*) bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner

5.1 Haben Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger (Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner oder Kind) eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt oder wird bereits eine Rente gewährt?

☐ nein ☐ ja	☐ Antragsteller/in ☐ Angehörige(r)	wenn ja, seit	Ist der Antrag ggf. abgelehnt worden? ☐ nein ☐ ja
---	---	---------------	---

5.2 Haben Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger einen Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z. B. nach dem Beamten- oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz bzw. aufgrund sonstiger dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen)?

wer? (Name, Vorname)
☐ nein ☐ ja

◀ Bitte Nachweis oder Bescheid beifügen.

6. Haben Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger (Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner oder Kind) eine sonstige eigene Beihilfeberechtigung?

☐ nein	☐ ja, aufgrund	☐ eines aktiven Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst	☐ einer beamtenrechtlichen Versorgung (z. B. Pensionär)	☐ Beschäftigung bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen u. dgl.
wer? (Name, Vorname)		gegenüber wem?		seit
als ☐ Beamter/Beamtin oder Richter/in		☐ Arbeitnehmer/in	☐ Abgeordnete/r	☐ Versorgungsempfänger/in

7. Ist ein Angehöriger (Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner oder Kind) bei einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?

☐ nein	☐ ja	wer? (Name, Vorname)	bei wem?

8. Nur ausfüllen, wenn eine berücksichtigungsfähige Person arbeitslos und daher krankenversicherungspflichtig ist und wenn Aufwendungen für diese Person geltend gemacht werden:

Name, Vorname der beim Arbeitsamt als arbeitslos gemeldeten Person	Zeitraum der Arbeitslosigkeit von	bis
--	--------------------------------------	-----

9. Werden Aufwendungen geltend gemacht, die durch einen Unfall bzw. eine Verletzung verursacht wurden?
(z. B. Prellung, Schnittwunde, Treppensturz, Freizeit- oder Gartenunfall, Hundebiss etc.)

☐ nein	☐ ja	◀ Bitte kennzeichnen Sie unfallbedingte Belege jeweils mit dem handschriftlichen Vermerk "Unfall" auf deren 1. Seite.		
wenn ja, es handelt sich um ein(e/n)		◀ Schildern Sie bitte auf Seite 4 dieses Antrages den Unfallhergang.		
☐ Dienstanfall	☐ Berufskrankheit	☐ häuslichen Unfall	☐ Schulunfall	☐ anderes schädigendes Ereignis
Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung (z. B. auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder beamtenrechtlichen Unfallfürsorge)?				☐ nein ☐ ja
Kommt ein Schadenersatzanspruch bzw. Fremdverschulden in Betracht?				☐ nein ☐ ja
ggf. Name und Anschrift des Kostenträgers bzw. Ersatzpflichtigen				Aktenzeichen

10. 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.)?	Gesamtbetrag [€]	◀ Bitte Nachweise beilegen – Versicherungsschein über Ausschluss etc.
---	------------------	---

11. Nur ausfüllen in Pflegefällen: ◀ Bei erstmaliger Beantragung bitte unbedingt den Nachweis der Pflegekasse beifügen!

☐ Ich beantrage die Pflegepauschale für die häusliche Pflege (z. B. durch Ehegattin/Ehegatten bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner, Kinder, Eltern, Geschwister etc.).	von	bis
Unterbrechungszeiten (z. B. durch Krankenhaus, Kurzzeitpflege)?	Wer führt die Pflege durch (Name, Vorname, Geburtsdatum)?	
☐ nein ☐ ja, von	bis	

12. Auf die oben beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten:

in Höhe von	€	am	von der Stadt Regensburg – Beihilfestelle –
-------------	---	----	---

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
---------------------------------------	------------------------------

Mir ist die Tatsache bekannt, dass die Berücksichtigungsfähigkeit der Kinder im Familienzuschlag Einfluss auf die Höhe der Beihilfe für mich als auch auf den Beihilfeanspruch für ein Kind haben kann (Wegfall der Beihilfeberechtigung!). Auch Änderungen, die der für die Anordnung der Bezüge zuständigen Stelle mitgeteilt worden sind, müssen deshalb unbedingt auf jedem Antrag vermerkt werden.

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen auf die Kosten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

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

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

Wichtige Hinweise:

Unvollständig ausgefüllte Anträge werden unbearbeitet zurückgegeben. Die Bearbeitung der Beihilfe wird dadurch wesentlich verzögert.

Für die Beantragung der Beihilfe sind Zweitschriften oder Fotokopien ausreichend. **Alle eingereichten Belege werden von der Beihilfestelle einbehalten.**

Auf Rechnungen für Zahnersatzarbeiten müssen Gebührensätze nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vermerkt sein. Daneben müssen Rechnungen (auch in Ablichtung) für die dazugehörigen Material- und Laborkosten mit eingereicht werden. Bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung ist es zusätzlich notwendig, dass eine Ablichtung des abgerechneten Heil- und Kostenplanes des Zahn-arztes gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung mit vorgelegt wird.

Beachten Sie bitte, dass Aufwendungen, die bis zum 1. Januar 2020 entstanden und in Rechnung gestellt worden sind, verjähren, wenn der Antrag nicht **innerhalb eines Jahres** (ab Rechnungs-, Kauf-, Abholdatum) vorgelegt wurde. Im Übrigen gilt eine dreijährige Ausschlussfrist. Maßgebend ist das Eingangsdatum bei der Beihilfestelle oder der Dienststelle.

Als Lebenspartnerin/Lebenspartner gelten nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz nur **eingetragene** Lebenspartnerinnen/Lebenspartner.

Zu Frage 9

Schilderung des Unfallherganges oder des sonstigen schädigenden Ereignisses (Bitte verwenden Sie ggf. ein Zusatzblatt.):

Hinweis zum Datenschutz:

Die Daten werden aufgrund des Art. 6 Abs. 1 Buchst. c) der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) verarbeitet. Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der DSGVO erhalten Sie im Intranet unter Ämter & Mitarbeiter/Personalamt/Informationen zum Datenschutz oder im Internet unter [Regensburg.de/Datenschutz/datenschutzrechtliche-Hinweise](https://www.regensburg.de/Datenschutz/datenschutzrechtliche-Hinweise).