

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 des Vordrucks Fragen haben, setzen Sie sich bitte mit der Beihilfestelle (Tel. 0941/507-8114 und 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 -
81534 München

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	Beihilfenummer	Geburtsdatum	Telefon
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		Dienststelle/Amt	
☐ Beamter/Beamtin	☐ 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
☐ 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	

◀ 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?	wenn ja, bei (Arbeitgeber)
☐ nein	☐ ja, seit
☐ Vollzeit	☐ Teilzeit mit WoStd.
Ist die/der Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin 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 22.648 €?	☐ 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 22.648 € 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. Es wird versichert, dass

▼ Bitte unbedingt ankreuzen

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

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

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

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

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.