

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. 0941/507-7110 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 Beihilfavorschriften.

-Eingangsstempel-

Stadt Regensburg  
- Beihilfestelle -  
Postfach 11 06 43  
93019 Regensburg

## 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 _____	◀ Bitte ggf. Nachweis beifügen.	
<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, Zeitanteil _____
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____		

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

Name, Vorname, (Geburtsname)		Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort), <u>falls</u> abweichend vom/von der Antragsteller/in		
Ist die/der Ehegattin/Ehegatte/Lebenspartnerin berufstätig?	wenn ja, bei (Arbeitgeber)	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit mit <input type="checkbox"/> WoStd.
Ist die/der Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin derzeit im Elternzeit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____
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 <b>Einkünfte</b> (§ 2 Abs. 3 EStG; hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen) Ihrer/Ihres <b>Ehegattin/Ehegatten</b> bzw. Ihrer/Ihres <b>Lebenspartnerin/Lebenspartners</b> im <u>Vorvor</u> kalenderjahr den Betrag von <b>18.000 €</b> ?	<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 <u>diesem</u> Jahr den Betrag von <b>18.000 €</b> 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. Angaben nur bei erster Antragstellung für eine dieser Personen erforderlich bzw. bei Änderungen: Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?

Person	Bei <b>privater</b> Krankenversicherung Umfang des Versicherungsschutzes ▶ Bei <b>erstmaliger</b> Antragstellung oder <b>Änderung</b> bitte Nachweis über den Umfang beifügen.					Bei <b>gesetzlicher</b> 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				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegattin/Ehegatte*				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kind				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*) 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?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Antragsteller/in <input type="checkbox"/> Angehörige(r)	wenn ja, seit	Ist der Antrag ggf. abgelehnt worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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)?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wer? (Name, Vorname)

◀ Bitte Nachweis oder Bescheid beifügen.

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

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

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

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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.)

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei Beleg Nr.			
wenn ja, es handelt sich um ein(e/n) <span style="color: red;">◀ Schildern Sie bitte auf Seite 4 dieses Antrages den Unfallhergang.</span>				
<input type="checkbox"/> Dienstunfall	<input type="checkbox"/> Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> häuslichen Unfall	<input type="checkbox"/> Schulunfall	<input type="checkbox"/> anderes schädigendes Ereignis
Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung (z. B. auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder beamtenrechtlichen Unfallfürsorge)?				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kommt ein Schadenersatzanspruch bzw. Fremdverschulden in Betracht?				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
ggf. Name und Anschrift des Kostenträgers bzw. Ersatzpflichtigen			Aktenzeichen	

**10. War ein naher Angehöriger (Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner, Kinder, Eltern der behandelten Person) bei einer Behandlung tätig?**

(z. B. ärztliche/zahnärztliche Behandlung durch den Sohn/Tochter)

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, Verwandtschaftsverhältnis	Beleg Nr.

**11. 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.

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

<input type="checkbox"/> 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)?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von bis		

**13. 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	BIC (Internationaler Bankcode)
---------------------------------------	------------------------------	--------------------------------

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. Fotokopien und Abschriften müssen beglaubigt sein (bei Rezepten ist dies auch durch die Apotheke möglich). **Rezepte für Arzneimittel werden von der Beihilfestelle einbehalten.** Wird die Beihilfe von einem Erben oder einer Erbengemeinschaft beantragt, sind die **Originalbelege** und ggf. ein Erbschein vorzulegen.

Auf Rechnungen für Zahnersatzarbeiten müssen Gebührenziffern 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 Zahnarztes gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung mit vorgelegt wird.

Eine Beihilfe wird grundsätzlich nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt **mehr als 200 €** betragen. Erreichen die Aufwendungen aus 10 Monaten diesen Betrag nicht, so kann abweichend auch hierfür eine Beihilfe gewährt werden. Die Aufwendungen müssen aber mehr als 15 € betragen.

Beachten Sie bitte, dass die Aufwendungen verjähren, wenn der Antrag nicht **innerhalb eines Jahres** (ab Rechnungs-, Kauf-, Abholdatum) vorgelegt wurde. 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: