

<p style="text-align: center;">Consal Service GmbH Postfach 90 02 54 81502 München</p>	<p style="text-align: center;">Nur von der Dienststelle auszufüllen</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 80px; vertical-align: top; padding: 5px;">Eingangsstempel S-GmbH</td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 80px; vertical-align: top; padding: 5px;">Eingangsstempel (Dienststelle)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px; vertical-align: top; padding: 5px;">geleiteter Abschlag</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px; vertical-align: top; padding: 5px;">Buchungskreis/Haushaltsstelle</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Die Angaben zur Person und die Vollständigkeit des Antrages sind überprüft worden. Der Antragsteller erhält einen / keinen Arbeitgeberzuschuss zur Krankenversicherung.</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small; text-align: center;">Unterschrift Dienststelle</p>	Eingangsstempel S-GmbH	Eingangsstempel (Dienststelle)	geleiteter Abschlag	Buchungskreis/Haushaltsstelle
Eingangsstempel S-GmbH	Eingangsstempel (Dienststelle)				
geleiteter Abschlag	Buchungskreis/Haushaltsstelle				

Antrag auf Beihilfe

Beihilfenummer (soweit bekannt)	Arbeitgebernummer	Antragssumme
---------------------------------	-------------------	--------------

Persönliche Daten Bitte immer ausfüllen!

Name, Vorname des Beihilfberechtigten	Geburtsdatum
---------------------------------------	--------------

Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
--------------------	-------------------

Telefon tagsüber	Telefon privat	Telefax
------------------	----------------	---------

Bankverbindung

Kontoinhaber	Kreditinstitut
IBAN	BIC

keine Änderungen seit der letzten Antragstellung (wenn die erneute Antragstellung innerhalb eines Kalenderjahres erfolgt)

Pflegeleistungen werden geltend gemacht

1. Antragsteller

Beamter
 Arbeiter
 Angestellter mit beamt. Versorgung
 DO-Angestellter
 Versorgungsempfänger seit

auf Widerruf
 Sonstiger Angestellter

Beschäftigungsbeginn	Dienststelle/Personalnummer	<input type="checkbox"/> vollzeitbeschäftigt	<input type="checkbox"/> unbefristet beschäftigt	von	bis
		<input type="checkbox"/> befristet beschäftigt			

Bei Teilzeitbeschäftigten:

Die Regelarbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt Wochenstunden

teilzeitbeschäftigt seit Wo.-Std. oder in Prozent

Altersteilzeit seit Wo.-Std. oder in Prozent

in Elternzeit von bis

mit Beschäftigungsverhältnis endet zum

ohne Dienstbezüge beurlaubt von bis

ohne Dienstbezüge beurlaubt von bis

Familienstand
 ledig
 verheiratet
 eingetragene Lebenspartnerschaft
 geschieden
 verwitwet
 seit

Nur für Versorgungsempfänger bzw. Rentner: Ich beziehe seit

Ruhegehalt/Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen
 Rente
 Vollwaisengeld

**Bitte reichen Sie uns nur Kopien bzw. Duplikate ein. Wir geben grundsätzlich keine Belege mehr zurück.
Wir bitten Sie, keine Heftklammern zu verwenden.**

2. Ehegatte/eingetragener Lebenspartner

Name, Vorname des Ehegatten/eingetragener Lebenspartner Geburtsdatum

Berufstätig in den letzten 12 Monaten? nein ja

Beamter/Versorg.-Empf./Angest. m. beamtenrechtl. Versorgung Angestellter/Arbeiter Hausfrau/mann in Elternzeit von bis
 selbst./freiberufl. Rentner

Arbeitgeber tätig seit

Eigener Beihilfeanspruch? nein ja seit wann Wo.-Std.
 Teilzeitbeschäftigt? nein ja

Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners (§ 2 Abs. 3 EStG) lt. Steuerbescheid. Zu den Einkünften gehören Einkünfte aus selbstständiger und nicht selbstständiger Arbeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung, aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieben sowie Einkünfte im Sinne des § 22 Einkommensteuergesetz. Einkünfte aus selbstständiger Arbeit und Gewerbebetriebe, aus Land- und Forstwirtschaft sind der Gewinn, bei den anderen Einkunftsarten der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten.

im Vorvorkalenderjahr über 20 000 Euro unter 20 000 Euro
 im laufenden Kalenderjahr über 20 000 Euro unter 20 000 Euro

3. Im Familienzuschlag berücksichtigte Kinder, Kinder für die Kindergeldanspruch besteht (auch Kinder, für die nur wegen der Höhe ihrer Einkünfte kein Kindergeld zusteht).

Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen geltend gemacht werden Vorname, ggf. Familienname, Geburtsdatum	Welche Person (Name) erhält das Kindergeld bzw. den Familienzuschlag?	Art der Ausbildung (Schulbildung, Berufsausbildung, Studium)	von		bis	
1.						
2.						
3.						
4.						

Wegfall des Kindergeldanspruchs (gilt auch bei Wehr- oder Zivildienst) Vorname seit

Wiedergewährung Kindergeld nach einer Unterbrechung Vorname seit

Hat eines der Kinder einen eigenen Beihilfeanspruch? Vorname seit
 Arbeitgeber

4. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?

Personen	Bei gesetzlicher Krankenversicherung			Besteht eine Private Zusatzversicherung (VS beifügen)	Bei privater Krankenversicherung				Nicht versichert
	pflicht-versichert	freiwillig versichert	familien-versichert		Bei erstmaliger Antragstellung bzw. bei Tarifänderung bitte einen Nachweis beifügen				
					Ambulant Prozenttarif	Stationär Prozenttarif	Zahn-behandlung Prozenttarif	Zahn-ersatz Prozenttarif	
Antragsteller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegatte/ingetr. Lebenspartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Besteht eine Auslandsreisekostenversicherung? ja nein

5. Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt? (nur bei freiwilliger oder privater Krankenversicherung)

nein ja Wer gewährt den Zuschuss? Arbeitgeber Rentenversicherungsträger

Antragsteller Höhe des Zuschusses mtl. Euro seit Höhe des Beitrags (ohne Anteil Krankenhaustage- und Sterbegeld sowie ohne Beitrag für Pflegeversicherung)

Ehegatte/ingetr. Lebenspartner Höhe des Zuschusses mtl. Euro seit mtl. Euro

6. Haben Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger

▪ eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt? ja nein Wer Wann

▪ Wird eine Rente bezogen? ja nein Wer Wann

▪ einen Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung? (z. B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz) oder erhalten Sie einen weiteren Versorgungsbezug?
 nein ja ▶ **Bitte Nachweis oder Bescheid beifügen.**

7. Nur ausfüllen bei Arbeitslosigkeit (und daher krankenversicherungspflichtig) einer berücksichtigungsfähigen Person

Wer war als arbeitslos beim Arbeitsamt gemeldet Vorname, Name Im Zeitraum von bis

8. Nur ausfüllen bei Unfällen (Ein Unfall ist ein plötzlich auf den Körper einwirkendes Ereignis, das eine Körperschädigung zur Folge hat)

Verletzte Person

Es handelt sich um

- einen Dienstoffall einen Arbeitsunfall einen Privatunfall einen Schulunfall ein anderes schädigendes Ereignis

Unfalldatum Liegt ein Fremdverschulden vor? nein ja
Die Ansprüche werden abgetreten nein ja Bei Fremdverschulden kann die Beihilfe nur gegen Abtretung der Schadenersatzansprüche gewährt werden.

Um welche Belege handelt es sich? Beleg-Nr. **Für die Unfallschilderung und alle notwendigen Angaben bitte ein Zusatzblatt verwenden!**

Adresse der Versicherungsgesellschaft und Schadennummer/Aktenzeichen angeben:

9. Nur ausfüllen bei Behandlung durch einen Angehörigen

Die Behandlung wurde durch einen nahen Angehörigen durchgeführt (nahe Angehörige sind Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern und Kinder der behandelten Person).

Name des nahen Angehörigen / Um welche Belegnummern handelt es sich?

10. Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht werden, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder dauernd eingestellt worden sind

Um welche Aufwendungen handelt es sich Beleg-Nummer Betrag in Euro Nachweis-Versicherungsschein über Ausschluss usw. bitte beifügen

11. Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen im Ausland entstanden sind

- Aufwendungen sind aus dienstlichem Anlass entstanden Aufwendungen sind aus privatem Anlass entstanden

Dienstreise von bis in (Land)

Besteht eine private Auslandsreisekrankenversicherung? nein ja

Abordnung von bis

12. Nur auszufüllen bei Aufwendungen für häusliche Pflege

Name der pflegebedürftigen Person Name der Pflegeperson Verwandtschaftsverhältnis

- Pflege wird beantragt Abschlagszahlung für 6 Monate wird beantragt Werden für die Pflegeperson von der Pflegekasse Beiträge an den Rentenversicherungsträger abgeführt ja nein

Unterbrechung der Pflege von bis Bestätigung der Pflege Unterschrift der Pflegeperson

13. Sollten Rückfragen zu einzelnen Rechnungspositionen notwendig sein, bin ich damit einverstanden, dass sich die Beihilfestelle direkt mit dem Rechnungssteller in Verbindung setzt ja nein

14. Erläuterungen, Hinweise

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 und dass ich verpflichtet bin, die Beihilfe für meinen Ehegatten / Lebenspartner zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe seiner Einkünfte unzutreffend sind oder durch nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (nach Festsetzung des Finanzamts) unzutreffend werden.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.

Ort, Datum

Unterschrift des / der Beihilferechtigten oder der / des Bevollmächtigten
Vollmacht liegt vor
Vollmacht liegt bei