

**Consal
Service GmbH
Postfach 90 02 54
81502 München**

Der Antragsteller erhält einen/keinen Arbeitgeberzuschuss zur Krankenversicherung

Unterschrift Dienststelle

Antrag auf Beihilfe

Beihilfenummer (soweit bekannt) Arbeitgebernummer Antragssumme

Persönliche Daten Bitte immer ausfüllen!

Name, Vorname des Beihilfeberechtigten Geburtsdatum Telefon

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Bankverbindung

Kontoinhaber Kreditinstitut

IBAN BIC

- keine Änderungen seit letzter Antragstellung (wenn die erneute Antragstellung innerhalb eines Kalenderjahres erfolgt, dazu gehören auch Angaben zu Unfällen und Einkünften von Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner)
 Pflegeleistungen werden geltend gemacht

1. Antragsteller

Beamter Wissenschaftl. Mitglied Angestellter mit beamt. Versorgung Emeritus Versorgungsempfänger seit

auf Widerruf Sonstiger Arbeitnehmer

Beschäftigungsbeginn Dienststelle/Personalnummer vollzeitbeschäftigt unbefristet beschäftigt von bis

befristet beschäftigt seit Wo.-Std. oder in Prozent

Bei Teilzeitbeschäftigten: teilzeitbeschäftigt seit Wo.-Std. oder in Prozent

Altersteilzeit mit ohne Beschäftigung seit Beschäftigungsverhältnis endet zum

in Elternzeit von bis

ohne Dienstbezüge beurlaubt von bis seit

Familienstand ledig verheiratet eingetragene Lebenspartnerschaft geschieden verwitwet

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 20 878 Euro unter 20 878 Euro
 im laufenden Kalenderjahr über 20 878 Euro unter 20 878 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 Zusatzkrankenversicherung (VS beifügen)	Bei privater Krankenversicherung ▪ Bei erstmaliger Antragstellung bzw. bei Tarifänderung bitte einen Nachweis beifügen				Nicht versichert
	pflicht-versichert	freiwillig versichert	familien-versichert		Ambulant	Stationär	Zahn-behandlung	Zahn-ersatz	
					Prozenttarif	Prozenttarif	Prozenttarif	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) mtl. Euro

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 Dienstunfall einen Arbeitsunfall einen Privatunfall einen Schulunfall ein anderes schädigendes Ereignis

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

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, 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

10. Nur auszufüllen bei Aufwendungen für häusliche Pflege

Name der pflegebedürftigen Person	Name der Pflegeperson	Verwandtschaftsverhältnis
<input type="checkbox"/> Pflege wird beantragt	<input type="checkbox"/> Abschlagszahlung für 12 Monate wird beantragt	Werden für die Pflegeperson von der Pflegekasse Beiträge an den Rentenversicherungsträger abgeführt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unterbrechung der Pflege	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	Bestätigung der Pflege <input type="text"/>

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

12. 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 Beihilfeberechtigten oder der / des Bevollmächtigten
	Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt bei <input type="checkbox"/>