

**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  Beschäftigungsverhältnis endet zum

ohne Beschäftigung  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

33.54.42; 01/24 ek

**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 (Schulausbildung, 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"/>