

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	☐ Arbeiter	☐ Angestellter mit beamt. Versorgung	☐ DO-Angestellter	☐ Versorgungsempfänger	
☐ auf Widerruf	☐ Sonstiger Angestellter	seit			
Beschäftigungsbeginn	Dienststelle/Personalnummer	☐ vollzeitbeschäftigt	☐ unbefristet beschäftigt		
Bei Teilzeitbeschäftigten: Die Regelarbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt		☐ befristet beschäftigt	von	bis	
		☐ teilzeitbeschäftigt	seit	Wo.-Std. oder in Prozent	
		☐ Altersteilzeit	seit	Wo.-Std. oder in Prozent	
☐ in Elternzeit	von	bis	☐ mit	Beschäftigungsverhältnis endet zum	
	von	bis	☐ ohne Beschäftigung		
☐ 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
--	--------------------------------	---

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	
	☐ selbst./freiberufl.	☐ Rentner	von	bis
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 21832 Euro ☐ unter 21832 Euro
im laufenden Kalenderjahr ☐ über 21832 Euro ☐ unter 21832 Euro

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

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
	pfllicht-versichert	freiwillig versichert	familien-versichert		Ambulant Prozenttarif	Stationär Prozenttarif	Zahn-behandlung Prozenttarif	Zahn-ersatz Prozenttarif	
Antragsteller	☐	☐	☐	☐					☐
Ehegatte/eingetr. Lebenspartner	☐	☐	☐	☐					☐
1. Kind	☐	☐	☐ bei Mutter ☐ bei Vater	☐					☐
2. Kind	☐	☐	☐ bei Mutter ☐ bei Vater	☐					☐
3. Kind	☐	☐	☐ bei Mutter ☐ bei Vater	☐					☐
4. Kind	☐	☐	☐ bei Mutter ☐ bei Vater	☐					☐

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
☐ Ehegatte/eingetr. Lebenspartner	Höhe des Zuschusses mtl. Euro seit
	Höhe des Beitrags (ohne Anteil Krankenhaustage- und Sterbegeld sowie ohne Beitrag für Pflegeversicherung) 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 Dienstatunfall ☐ 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

☐ Pflege wird beantragt☐ Abschlagszahlung für 12 Monate
wird beantragtWerden für die Pflegeperson von der Pflegekasse Beiträge
an den Rentenversicherungsträger abgeführt ☐ ja ☐ nein

Unterbrechung der Pflege

von

bis

Bestätigung der Pflege

Unterschrift der Pflegeperson

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 Preismäßigungen 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 ☐Vollmacht liegt bei ☐