

**Kommunaler Versorgungsverband
Baden-Württemberg**
- Beihilfeabteilung -
Postfach 10 01 61
76231 Karlsruhe

BF Beihilfenummer

Beihilfeberechtigter
Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Ort

Der Antrag gilt für das Kalenderjahr

Hinweis:

Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf Mehrfachnennungen; die verwendeten Bezeichnungen gelten für alle Geschlechter. Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.
Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie im Internet unter www.kvbw.de/Informationspflichten.

1. Angaben zum Familienstand

Sind Sie verheiratet oder besteht eine eingetragene Lebenspartnerschaft? nein ja, seit
Name , Vorname des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners Geburtsdatum

2. Angaben zum Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner

a) Werden Sie zusammen zur Einkommenssteuer veranlagt? nein ja
b) Ist Ihr Ehepartner/eingetragener Lebenspartner
 • Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung? nein ja
 • selbst beihilfeberechtigt? nein ja

3. Angaben zum Einkommen

Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze ist das Einkommen des **vorangegangenen** Kalenderjahres. Falls Ihr Ehegatte Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist, brauchen Sie dessen Einkommen nicht anzugeben.

Welche Einkommen haben Sie bzw. Ihr Ehegatte/eingetragener Lebenspartner bezogen?

Antragsteller Ehegatte

- a) Dienstbezüge/Versorgungsbezüge
(bitte Bezügemitteilungen von Januar bis Dezember des Vorjahres beifügen)
- b) Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung
(bitte Renten- bzw. Anpassungsbescheid des Vorjahres beifügen)
- c) Renten aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung
(bitte Renten- bzw. Anpassungsbescheid des Vorjahres beifügen)
Sonstige Einkünfte (z. B. aus nichtselbständiger oder selbständiger Arbeit des
- d) Ehegatten/Lebenspartners)
(bitte entsprechenden Nachweis beifügen)

BF - Bund 50_2 - BW037003 - 10/2017

4. Angaben zu den Kindern

Haben Sie Kinder, die im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz bzw. im kinderbezogenen Entgeltbestandteil für das Jahr, für welches die Befreiung beantragt wird, berücksichtigungsfähig waren?

nein ja, folgende

a) Name , Vorname des Kindes Geburtsdatum

b) Name , Vorname des Kindes Geburtsdatum

c) Name , Vorname des Kindes Geburtsdatum

d) Name , Vorname des Kindes Geburtsdatum

3.1) Erhielten Sie für die vorstehend aufgeführten Kinder den Familienzuschlag bzw. den kinderbezogenen Entgeltbestandteil?
(Diese Frage ist nur auszufüllen, wenn beide Elternteile beihilfeberechtigt sind.)

nein ja, für a) b) c) d)

3.2) Stehen die Kinder in einem Kindschaftsverhältnis zu beiden Ehepartnern?

nein ja, für a) b) c) d)

5. Ich beantrage eine Reduzierung der Belastungsgrenze von 2 % auf 1 % der jährlichen Einnahmen wegen einer chronischen Erkrankung

nein ja

Wenn ja, bitte nachfolgende ärztliche Bescheinigung ausfüllen lassen.

6. Bestätigung

Ich versichere, dass ich diesen Fragebogen nach bestem Wissen richtig und vollständig ausgefüllt habe.

Unterschrift des Beihilfeberechtigten bzw. des Bevollmächtigten

Ort, Datum

Ärztliche Bescheinigung zum Antrag auf Befreiung von Eigenbehalten - BBhV

**Kommunaler Versorgungsverband
Baden-Württemberg**
- Beihilfeabteilung -
Postfach 10 01 61
76231 Karlsruhe

BF Beihilfenummer

Beihilfeberechtigter

Name

Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname der behandelten Person

Hinweis:

Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf Mehrfachnennungen; die verwendeten Bezeichnungen gelten für alle Geschlechter. Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie im Internet unter www.kvbw.de/Informationspflichten.

1. Frau/Herr

leidet an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung und befindet sich in Dauerbehandlung seit

(Behandlungsbeginn). Ende der Dauerbehandlung voraussichtlich _____ / nicht absehbar.

Diagnose(n):

Eine Behandlung erfolgte ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal nein ja

2. Zusätzlich ist **mindestens eines** der folgenden Merkmale erfüllt (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Es liegt eine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 3 oder höher nach dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) vor.

Es liegt ein Grad der Behinderung von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 % vor.

Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität aufgrund der o. g. Erkrankung zu erwarten ist.

Unterschrift des Arztes/Stempel

Ort, Datum