Bitte nicht tackern oder heften!

Beihilfeantrag - Bundesbeihilferecht

KVBW Beihilfe

BF Beihilfenummer

Beihilfeberechtigter

Name (ggf. Geburtsname)

Vorname

Geburtsdatum | Telefonnummer (Angabe freigestellt)

(Ehemaliger) Dienstherr/Arbeitgeber

Antragsteller: Name, Vorname

Gesamtsumme ☐ **Pflegeheimkosten?**

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

Hinweis:

Verwenden Sie diesen Vordruck nur, wenn Sie einen beamtenrechtlichen Beihilfeanspruch auf der Grundlage der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) haben.
Falls Sie als Antragsteller nicht selbst der Beihilfeberechtigte sind, füllen Sie den Antrag stets aus dessen Sicht aus.

Beim Erstantrag, bei Änderungen oder wenn der letzte Antrag mehr als ein Jahr zurückliegt, füllen Sie bitte alle (zutreffenden) Felder aus, bei Folgeanträgen nur ab Feld Nr. 6.

Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf Doppelnennungen (z. B. „Beihilfeberechtigte/Beihilfeberechtigter"); die verwendeten Bezeichnungen gelten jeweils für beide 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. Anschrift und Bankverbindung des Empfängers

☐ Beihilfeberechtigter ☐ Antragsteller

Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort

IBAN | BIC

Geldinstitut | Kontoinhaber: Name, Vorname

2. Persönliche Daten des Beihilfeberechtigten

☐ Beamter im Dienst
☐ Beamter auf Widerruf
☐ DV/AT-Vertragsinhaber
☐ Dienstordnungsangestellter
☐ Versorgungsempfänger (auch ehemaliger DO-Angestellter)
☐ Einzelvertragliche Regelung/Privatdienstvertrag/sonstige Regelung (bitte beim Erstantrag einen Auszug über die Beihilferegelung beifügen)

☐ Witwer ☐ (Halb-)Waise

Name(n), Vorname(n) des Verstorbenen | Todestag

Besoldungs-/Vergütungs-/Entgeltgruppe

z. B. A8, EG9 | Tarifvertrag (z. B. TVöD) | seit

Beschäftigungszeitraum

vom | bis | Elternzeit/Pflegezeit vom | bis

Beurlaubt ohne Bezüge vom | bis | Beurlaubungsgrund

Familienstand (Nur bei Aufwendungen für den Ehegatten)

verheiratet seit | rechtskräftig geschieden seit | verwitwet seit

BF - Bund_1_1 - BW037107 - 01/2024

Beihilfenummer

KVBW Beihilfe

3. Kranken- und Pflegeversicherungsschutz

Bitte für den Beihilfeberechtigten und für die Person(en) angeben, für die Aufwendungen geltend gemacht werden. Beim Erstantrag, bei Änderungen oder Wechsel des Versicherungsunternehmens bitte entsprechende Nachweise beifügen. Gegebenenfalls bitte auch Nachweise über Zusatz-/Ergänzungstarife beifügen.

	Private Versicherung			Gesetzliche Krankenkasse			Versicherungsschutz seit		Zusatz-/Ergänzungstarife*/ Besonderheiten**
Personen:	ambulant %	stationär %	Zahn %	pflicht-versichert	freiwillig versichert	familien-versichert	Monat	Jahr	
Beihilfeberechtigter									☐ ja* ☐ nein
Ehegatte									☐ ja* ☐ nein
Kind(er):									
1.									☐ ja* ☐ nein
2.									☐ ja* ☐ nein
3.									☐ ja* ☐ nein
4.									☐ ja* ☐ nein

* Bei Beantwortung mit ja, bitte genaue Angaben:

** Zum Beispiel: In Kreditkarte inkludierte Auslandskrankenversicherung, sonstige Auslands-(Reise)versicherung, Ergänzungstarife (Zahnersatz, Hilfsmittel, Heilpraktiker etc.), Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR), Wahltarife der gesetzlichen Krankenkassen (Selbstbehalt, Kostenerstattungen etc.), Bonusleistungen der gesetzlichen Krankenkassen.

4. Angehörige sind bei anderen Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig (z. B. Kind bei einem anderen Elternteil)

☐ nein

☐ ja Name(n), Vorname(n) des/der Angehörigen

berüchsichtigungsfähig bei: Name(n), Vorname(n)

5. Außer dem diesem Antrag zugrunde liegenden Beihilfeanspruch besteht für bestimmte Personen ein zusätzlicher/anderer Beihilfeanspruch:

☐ nein

☐ ja, für folgende Person(en)

☐ Beihilfeberechtigter
☐ Ehegatte
☐ Kind(er):
Name(n), Vorname(n)

☐ als Versorgungsempfänger/Hinterbliebener/Pfarrer im Ruhestand
☐ als Beamter/Pfarrer im Dienst o. Ä.
☐ als Beschäftigter/Arbeitnehmer
Zuständige Beihilfestelle(n)

6. Daten des Ehegatten (Nur bei Aufwendungen des Ehegatten)

Name | Vorname | Geburtsdatum

Der Gesamtbetrag der Einkünfte* nach § 2 Abs. 3 in Verbindung mit Absatz 5a Einkommensteuergesetz des Ehegatten betrug/beträgt im

laufenden Kalenderjahr voraussichtlich ☐ 0 bis 20.878 € ☐ über 20.878 €

vorletzten Kalenderjahr ☐ 0 bis 20.000 € ☐ über 20.000 €

* Zum Gesamtbetrag der Einkünfte zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen, die aufgrund der Regelungen zur Abgeltungssteuer nicht mehr zwingend in der Steuererklärung anzugeben sind.

BF - Bund_1_1 - BW037107 - 01/2024

7. Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

Bitte geben Sie im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder an, wenn Sie für sie Beihilfe beantragen oder wenn für Ihre eigenen Aufwendungen der erhöhte Bemessungssatz von 70 % gelten soll. Der erhöhte Bemessungssatz gilt, wenn mindestens zwei Kinder berücksichtigungsfähig sind.

Kind(er):		Geburtsdatum	Bei über 18-Jährigen Grund für die Berücksichtigungsfähigkeit (z. B. Schule, Ausbildung, Studium)	Berücksichtigungsfähig seit		Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit			
				Monat	Jahr	Monat	Jahr	Monat	Jahr
1.									
2.									
3.									
4.									

Beziehen Sie den Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz (ggf. Auslandskinderzuschlag) bzw. kinderbezogene Entgeltbestandteile?

☐ ja, seit ☐ nein, das andere Elternteil für

8. Aufwendungen aufgrund einer Verletzung, Schädigung oder eines Unfalls

Bitte erläutern Sie alle Belege mit entsprechender Diagnose (z. B. Schnittwunde, Prellung, Stauchung, Fraktur etc.)

Datum des Ereignisses

Kurze Schilderung des Sachverhalts, bei Bedarf mit Anlage(n):

Beleg(e) Nr(n).

Es handelt sich um

☐ eine Verletzung, Schädigung, Unfall im privaten Bereich (auch selbst verursacht)
☐ eine Verletzung, Schädigung, Unfall im Zusammenhang mit Kindergarten- oder Schulbesuch, Studium.
☐ einen Dienstunfall (bitte Dienstunfall-Antrag verwenden)/Arbeitsunfall.
☐ ein anderes schädigendes Ereignis (z. B. tätlicher Angriff).

Ein Schadenersatzanspruch kommt in Betracht: ☐ ja ☐ nein

9. Zu den geltend gemachten Aufwendungen bestehen (vorrangige) Leistungsansprüche gegenüber anderen Stellen

(z. B. Dienstherr/Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger, Versorgungsamt)

Beleg(e) Nr(n).

Zuständige Stelle

10. Persönliche Tätigkeit naher Angehöriger (Nur, wenn der Beihilfeberechtigte oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger mit einem Behandler oder Rechnungssteller verwandt ist.)

Beleg(e) Nr(n).

Behandler/Rechnungssteller: Name, Vorname

Art des Verwandtschaftsverhältnisses (Verwandtschaftsverhältnis zwischen Beihilfeberechtigtem/berücksichtigungsfähigen Angehörigen und Behandler/Rechnungssteller)

Ist der Behandler/Rechnungssteller Ehegatte, Kind oder Elternteil des behandelten Beihilfeberechtigten/berücksichtigungsfähigen Angehörigen?

☐ ja ☐ nein

11. Bitte beachten Sie:

- Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungsstellung beantragt wird. Bei Pflegeleistungen ist der letzte Tag des Monats maßgebend, in dem die Pflege erbracht wurde. Für Sozialhilfeträger oder Träger der Kriegsopferfürsorge gelten abweichende Fristen.
- Die Erhebung der Daten ist zur Bearbeitung Ihres Beihilfeantrags erforderlich. Auf die datenschutzrechtlichen Auskunfts- und Berichtigungsrechte weisen wir ausdrücklich hin. Das Nähere können Sie dem Merkblatt zum Datenschutz entnehmen, das auf unserer Homepage veröffentlicht ist; auf Anforderung schicken wir es Ihnen gerne zu.
- Die sonstigen Aufwendungen (Nr. 13) sind durch Belege nachzuweisen, möglichst in Form von vom Rechnungsaussteller gefertigten Duplikaten (Zweitausfertigungen, von der Apotheke gefertigte Kopien mit Apothekenstempel).
  Achten Sie bitte bei Arzneimittelverordnungen darauf, dass die Pharmazentralnummer (PZN) des Präparats und das Apothekenkennzeichen angegeben sind.
- Sie erleichtern die Antragsbearbeitung, wenn Sie die Belege nicht heften, klammern oder ankleben.
  Weisen Sie bitte Kostenerstattungen von anderer Seite, z. B. Leistungen einer gesetzlichen Krankenkasse, durch Belege nach. Dies ist nicht erforderlich für Leistungen einer privaten Versicherung mit Prozenttarif.

BF - Bund_1_1 - BW037107 - 01/2024

Beihilfenummer

KVBW Beihilfe

12. Häusliche Pflege (Beim Erstfall sowie bei Änderungen Leistungsbescheid der Pflegeversicherung beifügen.)

☐ Aufwendungen für den Entlastungsbetrag (Beleg/Rechnung liegt bei). Ein Nachweis, in welcher Höhe sich die Pflegeversicherung beteiligt hat, ist beigefügt.

☐ Pflegegeld für häusliche Pflege durch geeignete Pflegepersonen vom ________ bis ________

Falls bereits Pflegeabschläge gezahlt wurden, können neue Abschläge erst nach Ende des letzten Abschlagsmonats beantragt werden, da ggf. Unterbrechungen anzugeben sind.

Die Pflege wurde im beantragten Zeitraum **unterbrochen** (z. B. Krankenhausbehandlung, Urlaub der Pflegeperson):

☐ ja, der Vordruck „Unterbrechung häuslicher Pflege“ (V 9_4_1) ist beigefügt ☐ nein

☐ Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen

13. Sonstige Aufwendungen. Bitte fügen Sie entsprechende (Rechnungs-)Belege bei.
Falls die Felder für Ihre Einträge nicht ausreichen, fügen Sie bitte eine formlose Auflistung bei oder verwenden Sie das „Beiblatt zum Beihilfeantrag“ von unserer Homepage.

Beleg-Nr.	Person	Belegdatum	Betrag	Beleg-Nr.	Person	Belegdatum	Betrag
						Gesamtsumme	

14. Meine Angaben sind richtig und vollständig. Mir ist bekannt, dass diese Grundlage für die Beihilfegewährung sind. Nachträgliche Preisermäßigungen oder Rückerstattungen sowie weitere Kostenerstattungen teile ich schriftlich mit. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt, auch nicht bei einer anderen Beihilfestelle oder von einer anderen Person.

Datum, Unterschrift

Unterschreibt eine andere Person als der Beihilfeberechtigte, müssen Sie einmalig eine Vollmacht vorlegen.

BF - Bund_1_1 - BW037107 - 01/2024