



Bitte nicht tackern oder heften!

# Beihilfeantrag



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

**BF** Beihilfenummer

**Beihilfeberechtigter**  
Name (ggf. Geburtsname)

Vorname

Geburtsdatum      Telefonnummer (Angabe freigestellt)

Derzeitiger bzw. letzter Dienstherr/Arbeitgeber

Antragsteller: Name, Vorname

**Gesamtsumme**

### Hinweis:

Falls Sie als Antragsteller nicht selbst der Beihilfeberechtigte sind, füllen Sie den Antrag stets aus dessen Sicht aus.

Beim Erstantrag oder bei Änderungen füllen Sie bitte **alle** (zutreffenden) Felder aus, bei Folgeanträgen nur ab Feld Nr. 9.

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](http://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	Pfarrer im Dienst/im Wartestand/Vikar	Beurlaubter Landesbeamter
Beamtenanwärter im mittleren Dienst	Versorgungsempfänger/ Pfarrer im Ruhestand/ Hinterbliebener	Beschäftigter/Arbeitnehmer
gehobenen Dienst	Dienstordnungsangestellter	Einzelvertragliche Regelung/Privatdienstvertrag/ sonstige Regelung (bitte beim Erstantrag einen Auszug über die Beihilferegelung beifügen)

**Besoldungs-/Vergütungs-/Entgeltgruppe**  
z. B. A8, EG7      Tarifvertrag (z. B. TVöD, TV-V, AVR, Caritas/Diakonie, BAT/AOK-Neu)      seit

**Beschäftigungszeitraum**  
vom      bis      Elternzeit/Pflegezeit vom      bis

Beurlaubt ohne Bezüge vom      bis

Eigene Beihilfeberechtigung am 31.12.2012:  
ja, als      bei

**Familienbestand** (Nur bei Aufwendungen für den Ehegatten)  
verheiratet seit      rechtskräftig geschieden seit      verwitwet seit

BF - 1\_1 - BW037105 - 01/2021

Kommunaler Versorgungsverband Baden-Württemberg - Körperschaft des öffentlichen Rechts

**Hauptsitz**  
Ludwig-Erhard-Allee 19  
76131 Karlsruhe  
Tel. 0721 5985-0

**Zweigstelle**  
Birkenwaldstraße 145  
70191 Stuttgart  
Tel. 0711 2583-0

**Bankverbindung**  
Landesbank Baden-Württemberg  
BIC: SOLADEST600  
IBAN: DE24 6005 0101 0001 0008 58

**Sie erreichen uns**  
montags bis freitags  
von 8:00 Uhr  
bis 16:30 Uhr

**Internet / E-Mail**  
[www.kvbw.de](http://www.kvbw.de)  
[beihilfe@kvbw.de](mailto:beihilfe@kvbw.de)



### 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.

Personen:	Private Versicherung/ Pfarrverein			Gesetzliche Krankenkasse			Versicherungs- schutz seit		Zusatz-/Ergänzungstarife*/ Besonderheiten**	
	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: 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. Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (Nur für Beschäftigte/Arbeitnehmer, die nicht pflichtversichert sind.)

Name(n), Vorname(n)

nein ja, seit

### 5. Der Beihilfebeitrag (derzeit 22 € monatlich) für den Erhalt der Beihilfe zu Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung wird nach entsprechender Erklärung gezahlt

ja nein, seit

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

nein

ja Name(n), Vorname(n) es/der Angehörigen berücksichtigungsfähig bei: Name(n), Vorname(n)

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

nein

ja, für folgende Person(en)

Beihilfeberechtigter	als Versorgungsempfänger/Hinterbliebener/Pfarrer im Ruhestand
Ehegatte	als Beamter/Pfarrer im Dienst o. Ä.
Kind(er):	als Beschäftigter/Arbeitnehmer
Name(n), Vorname(n)	Zuständige Beihilfestelle(n)

### 8. Teilzeitbeschäftigung (Nur für Beschäftigte/Arbeitnehmer erforderlich)

ja vom bis Teilzeitquotient in %

ja, Altersteilzeit vom bis Beschäftigungsumfang vor ATZ in %



Beihilfenummer

**9. Einkünfte des Ehegatten** (Bei Aufwendungen des Ehegatten bitte dessen Einkünfte im jeweiligen Kalenderjahr angeben)

Name	Vorname	Geburtsdatum		
Die Höhe der Einkünfte meines Ehegatten nach § 78 Absatz 1a Landesbeamtengesetz beträgt/betrug im				
<b>laufenden</b> Kalenderjahr	voraussichtlich	0 bis 18.000 €	über 18.000 bis 20.000 €	über 20.000 €
<b>letzten</b> Kalenderjahr		0 bis 18.000 €	über 18.000 bis 20.000 €	über 20.000 €
<b>vorletzten</b> Kalenderjahr		0 bis 18.000 €	über 18.000 bis 20.000 €	über 20.000 €

**10. 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 am 31.12.2012 ein Beihilfeanspruch bestand und 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 seit/ab	ggf. bis
			Monat	Jahr		
1.						
2.						
3.						
4.						
Das Kindergeld für das/die Kind(er) Nr(n). Name, Vorname					wird ausgezahlt an seit	
den Beihilfeberechtigten oder an						

**11. Aufwendungen aufgrund einer Verletzung, Schädigung oder eines Unfalls**

Bitte erläutern Sie alle Belege mit entsprechender Diagnose (z. B. Schnittwunde, Prellung, Stauchung, Fraktur)  
Datum des Ereignisses      Kurze Schilderung des Sachverhalts, bei Bedarf mit Anlage(n):Anlage(n):

Beleg(e) Nr(n).

**Es handelt sich um**

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

Ein Schadenersatzanspruch kommt in Betracht:    ja    nein

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

(z. B. Dienstherr/Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger, Versorgungsamt)  
Beleg(e) Nr(n).      Zuständige Stelle

**13. Persönliche Tätigkeit naher Angehöriger**

Beleg(e) Nr(n).      Behandler/Rechnungssteller: Name, Vorname

**Art des Verwandtschaftsverhältnisses**

(Verwandtschaftsverhältnis zwischen behandelter Person und Behandler/Rechnungssteller  
Ehegatte, Kind, Eltern, Großeltern, Enkelkind      Schwiegersohn/-tochter, Geschwister



Beihilfenummer

**14. Bitte beachten Sie:**

- Der Antrag muss vor Ablauf der beiden Kalenderjahre eingehen, die auf das Jahr des Entstehens der Aufwendungen oder der ersten Ausstellung der Rechnung folgen. Beim Pflegegeld und Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen sowie beim Tagesgeld für den Verzicht auf Wahlleistungen ist für den Beginn der Frist jeder Pflageetag maßgebend. Bei Fristversäumnis erlischt der Anspruch.
- 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 Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen, möglichst in Form von vom Rechnungsaussteller gefertigten Duplikaten (Zweitausfertigungen, von der Apotheke gefertigte Kopien mit Apothekenstempel).
- Sie erleichtern die Antragsbearbeitung, wenn Sie den Antrag, die Belege und sonstige Unterlagen 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.

**Ich beantrage Beihilfe zu folgenden Aufwendungen:**

**15. Geburtsfall**

Ich beantrage die Geburtspauschale und bestätige, dass der andere Elternteil nicht selbst beihilfeberechtigt ist. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, ist die Geburtspauschale von der Mutter zu beantragen.

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

**16. Tagesgeld bei stationärer Behandlung (zugelassenes Krankenhaus und Privatklinik)**

Tagesgeld, weil beihilfefähige wahlärztliche Leistungen nicht beansprucht wurden.

Tagesgeld, weil die beihilfefähige Wahlleistung Zweibettzimmer nicht beansprucht wurde.

Der Beihilfebeitrag (s. Frage 5) wird gezahlt. Der Vordruck „Tagesgeld bei stationärem Aufenthalt“ (V 15\_4) ist beigefügt.

**17. 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

**18. Todesfall**

Beim **Tod des Beihilfeberechtigten** sind Originalbelege erforderlich, bei Antragstellung durch andere Personen als den Ehegatten/das Kind zusätzlich die jeweiligen Zahlungsnachweise

Todesfallpauschale; Belege sind beigefügt.

Zusätzliche Beihilfe zu den Kosten für Sarg/Urne und/oder Grabnutzungsrecht; Belege sind beigefügt.

Name, Vorname des Verstorbenen

Todestag

Es stehen Sterbegelder zu, z. B. vom Dienstherrn/Arbeitgeber:      ja, Nachweise sind beigefügt.      nein

Der Antragsteller ist Ehegatte/Kind des Verstorbenen.

**19.** 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.