

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschäftszeichen bitte stets angeben

Eingangsstempel:

Abs.

Landesamt für Finanzen

Bei **erstmaliger Antragstellung** oder auf **Verlangen** der Beihilfestelle ist der Antrag vollständig auszufüllen. In **Folgeanträgen** sind die Fragen 1 - 2, soweit zutreffend, zu beantworten (bitte ausfüllen oder ankreuzen). Ggf. bitte Beiblatt für weitere Angaben verwenden.

## Antrag auf Beihilfe

1	<b>Haben sich Änderungen bei den Fragen 3 – 6 gegenüber Ihrem letzten Antrag ergeben?</b>	
	ja, bei Frage(n) (bitte Fragen beantworten)	nein
2	<b>Sofern Aufwendungen für die Ehegattin/den Ehegatten bzw. die Lebenspartnerin/den Lebenspartner (siehe Hinweis Nr. 2) geltend gemacht werden:</b>	
	Vorname <b>der Ehegattin/des Ehegatten</b> bzw. <b>der Lebenspartnerin/des Lebenspartners</b> (ggf. abweichender Familienname):	
	Hat die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner eine <b>eigene Beihilfeberechtigung?</b> ja, bei:	nein
	Übersteigen die Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/ des Lebenspartners - hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen - den Betrag von 18.000 €? Bei Berufstätigkeit der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/ des Lebenspartners bitte erstmalig Frage 4 beantworten! ja, im Vorvorjahr der Antragstellung ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind von den Brutto-Einkünften nur die <u>Werbungskosten</u> abzusetzen.	nein nein
	Ich wünsche die Rücksendung der vorgelegten Rechnungsbelege (ohne Arzneimittelverordnungen).	ja
	Ich bin damit einverstanden, dass die Beihilfestelle bei gebührenrechtlichen und medizinischen Fragen einen Beratungsarzt hinzuziehen und hierzu auch personenbezogene Daten übermitteln kann.	ja
<b>Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass Preisnachlässe zu den Krankheitsaufwendungen sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen sind.</b>		
<b>Ich verzichte auf die Zusendung von Beihilfe- L e e r f o r m u l a r e n .</b>		

Anzahl der eingereichten Belege:

Summe der Aufwendungen: €

Telefon tagsüber:

Datum, Unterschrift

Beihilfeberechtigte/  
Beihilfeberechtigter

Bevollmächtigte/  
Bevollmächtigter

Nachweis liegt  
vor

Von Bezügeadresse abweichende **Beihilfeanschrift** (z. B. bei Bevollmächtigten) bzw. **Dienststellenanschrift**:

### Hinweise:

- Für die Beantragung der Beihilfe sind **Zweitschriften oder Kopien** ausreichend.  
Wird die Beihilfe von Erben oder Erbengemeinschaften beantragt, sind die **Originalbelege** vorzulegen.
- Als **Lebenspartner** gelten nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz nur eingetragene Lebenspartnerinnen/ Lebenspartner.
- Bei **zusätzlichem Anspruch auf Kostenerstattung** (z.B. Bundesversorgungsgesetz) bitte **Frage 7** beantworten.
- Sofern Aufwendungen für einen **stationären Krankenhausaufenthalt** geltend gemacht werden, ist die **Entlassungsanzeige** mit der Krankenhausrechnung zwingend vorzulegen - bitte **Frage 8** beantworten.
- Bei **Unfallaufwendungen** (jegliche Art von Verletzungen) bitte **Frage 9** beantworten.
- Bei Behandlung durch einen **nahen Angehörigen** bitte **Frage 10** beantworten.
- Bei Ausschluss oder Einstellung von **Versicherungsleistungen** bitte **Frage 11** beantworten.
- Die Überweisung der Beihilfe erfolgt auf das **Bezügekonto**.

Hinweis nach Art. 16 Abs. 3 Bayer. Datenschutzgesetz (BayDSG): Die Angaben im Beihilfeantrag sind für die Festsetzung der Beihilfe erforderlich.

Antrag im Internet unter: [www.lff.bayern.de](http://www.lff.bayern.de) - Antrag im Behörden-Intranet unter: [www.lff.bybn.de](http://www.lff.bybn.de)

V 01.2013



**Geschäftszeichen:**

<b>3</b>	<b>Antragstellerin/Antragsteller: Erhalten Sie weitere Bezüge</b> als Beamter/ als Versorgungsempfänger ja, von:							nein	
Nur von Beschäftigten im aktiven Dienst auszufüllen									
vollbeschäftigt seit:			teilzeitbeschäftigt seit:			Zeitanteil:			
Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet?							ja, vom bis		nein
Sind Sie ohne Bezüge beurlaubt?							nein		
ja, vom bis Elternzeit sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)									
Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?							nein		
ja, vom bis als: bei: Zeitanteil:									

  

<b>4</b>	<b>Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner ohne Bezüge beurlaubt?</b> ja, vom bis Elternzeit sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)							nein
<b>Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner erwerbstätig?</b> ja, als: Beamter Arbeitnehmer Selbständiger bei: Zeitanteil:							nein	

  

<b>5</b>	Kinder, die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind oder die bei einer zweiten Berufsausbildung bzw. einem Zweitstudium wegen des Umfangs einer Erwerbstätigkeit nicht berücksichtigt werden.							
Vorname (ggf. abweichender Familienname)		Geburtsdatum	<b>Bei Kindern in Berufsausbildung / Studium</b>					
			Art der Ausbildung	Beginn	Voraussichtliches Ende	eigene Beihilfeberechtigung		
a						ja	nein	
b						ja	nein	
c						ja	nein	
Ist ein Kind bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig?							nein	
ja, Kind bei:								
Hat ein über 18-jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen?							nein	
ja, Kind: seit:								

  

<b>6</b>	Besteht <b>Krankenversicherungsschutz</b> (bei erster Antragstellung und Änderungen – bitte Nachweise vorlegen)						
ja	(bei Kind Vorname angeben)	privat	<b>gesetzlich</b>			<b>Zusatzversicherung (Art?)</b>	
			pflicht-	freiwillig	familien-		
			<b>versichert</b>				
	Antragsteller						nein
	Ehegatte						nein
	Kind						nein
	Kind						nein
	Kind						nein

  

<b>7</b>	Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z. B. nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz usw.)? ja, für Person(en): (bitte Nachweis vorlegen u. Aufwendungen kennzeichnen)							nein
----------	--	--	--	--	--	--	--	------

  

<b>8</b>	Ist mit den behandelnden Ärzten eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen geschlossen worden? Ja (Bitte Kopie der <b>Wahlleistungsvereinbarung</b> beilegen!)							nein
----------	--	--	--	--	--	--	--	------

  

<b>9</b>	<b>Es wurden Aufwendungen durch einen Unfall verursacht. Unfalldatum:</b> <b>Unfallart:</b> Dienstunfall Arbeitsunfall Schulunfall sonstiger Unfall <b>Unfallschilderung:</b> <div style="text-align: right; font-size: small;">Belege kennzeichnen und für die Schilderung ggf. Beiblatt verwenden!</div>						
----------	---	--	--	--	--	--	--

  

<b>10</b>	Folgender <b>naher Angehöriger</b> (Ehegattin, Ehegatte, Lebenspartnerin, Lebenspartner, Kinder, Eltern der behandelten Person) war bei Behandlungen tätig: Name des Behandlers: (bitte Belege kennzeichnen)						
-----------	---	--	--	--	--	--	--

  

<b>11</b>	Es werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die <b>Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt</b> worden sind (bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen).							ja
-----------	---	--	--	--	--	--	--	----



Geschäftszeichen:

## Zusammenstellung der Aufwendungen zum Beihilfeantrag

Die Vorlage der Zusammenstellung bei der Beihilfestelle bleibt Ihnen freigestellt.

von Herrn/Frau

vom

**Beachten Sie bitte folgende Hinweise:**

Die Einträge und Belege bitte **nach Personen ordnen**. Bei gleichem Vornamen eines Elternteils und Kindes bitte **Belege** mit „K“ kennzeichnen.

**A=Antragstellerin / Antragsteller E=Ehegattin / Ehegatte L=Lebenspartnerin / Lebenspartner K=Kind**

Nr.	A, E, L, K	Vorname des Kindes	Rechnungsdatum	Betrag in Euro
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
<b>Gesamtbetrag:</b>				