

Antrag auf Beihilfe (Bitte keine Originalbelege beifügen)

Wissenschaftsstadt
Darmstadt



Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Personalnummer	
Amt, Betrieb, Verw.-Stelle (ggfs. ehem.)	

Der Magistrat

Eingangsstempel

Amt für Interne Dienste
Personalabteilung – Beihilfestelle
Rheinstraße 23
64283 Darmstadt

Bitte vollständig ausfüllen – die zu gewährende Beihilfe kann sonst ggfs. nicht korrekt festgesetzt werden und der Antrag muss Ihnen zurückgegeben werden.

Gesamtbetrag der Aufwendungen ca. Euro

Anzahl der Belege**

Senden Sie mir bitte neue Anträge zu

1 Allgemeine Angaben

Haben sich Änderungen ergeben? ja, bitte vollständig ausfüllen
 nein, weiter bei Nr. 2

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort) **Telefon**

	dienstl.
	privat

E-Mail

Bankverbindung (IBAN) (BIC)

--	--

Familienstand

ledig verheiratet eingetr. Lebenspartnerschaft seit
 getrennt lebend geschieden verwitwet

Name, Vorname der Ehegattin/des Ehegatten*

Dienstverhältnis

Beamtin/Beamter Versorgungsempfänger/-in seit
 Tarifbeschäftigte/r Vollzeit Teilzeit mit Wochenstunden

Elternzeit/Beurlaubungen

Elternzeit von - bis
 Beurlaubung aus familiären Gründen
 sonstige Beurlaubungen ohne Bezüge

* Bitte Hinweis Nr. 4 auf Seite 4 beachten
** Bitte Hinweis Nr. 5 auf Seite 4 beachten



2 Angaben zur Berücksichtigung von Angehörigen

Sind oder waren Ihre Ehegattin bzw. Ihr Ehegatte* bzw. der andere Elternteil oder berücksichtigungsfähige Kinder in den letzten zwölf Monaten vor der Antragstellung berufstätig, in (Hoch-)Schulbildung, Berufsausbildung, Freiwilligen Wehr-/Bundesfreiwilligendienst/Freies soziales Jahr leistend, arbeitslos, in Mutterschutz/Elternzeit, Empfänger/-in von Versorgungsbezügen oder Renten oder in einem Amts- oder Abgeordnetenverhältnis?

Nein

Ja (Bitte auch beantworten, wenn keine Aufwendungen für die Person geltend gemacht werden)

Name, Vorname	von - bis	Tätigkeit
	-	
	-	
	-	
	-	

Für folgende Kinder steht mir der Familienzuschlag **nicht** zu:

Name, Vorname	seit	Wegfall des Kindergeldanspruchs	Ehegatte/-in* bzw. anderer Elternteil bezieht Fam.-/ Orts-/ Sozialzuschlag
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben berücksichtigungsfähige Angehörige einen eigenen Beihilfeanspruch?

Ja Nein

Name, Vorname

3 Angaben zum Krankenversicherungsschutz

(Bitte auch ausfüllen, wenn für einzelne der nachstehenden Personen keine Beihilfe beantragt wird)

	Name, Vorname	Geburtsdatum
Person 1	Antragsteller/-in	
Person 2	Ehegatte/-in*, anderer Elternteil	
Person 3	Kind	
Person 4	Kind	
Person 5	Kind	
Person 6	Kind	

Name der Krankenversicherung	privat vers.	privat vers. Basistarif	freiwillig gesetzl. vers.	pflicht- vers.	familien- vers. bei E oder A	rentner- kranken- vers. KVdR	nicht vers.
Person 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei einem Wechsel der Krankenversicherung: Bei welcher Person und wann hat dieser stattgefunden?

Name, Vorname	wann	von - zu

4 Freistellung von Eigenanteilen

Als Empfänger/-in von Versorgungsbezügen beantrage ich die Freistellung von Eigenanteilen. (§ 6 Abs. 1.2 b HBeihVO)

Meine Versorgungsbezüge betragen im Monat der Antragstellung (brutto) Euro

* Bitte Hinweis Nr. 4 auf Seite 4 beachten

5 Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

(z. B. aus Arbeitsvertrag, vom Rentenversicherungsträger)

Erhalten Sie und/oder Ihre Ehegattin bzw. Ihr Ehegatte*/Ihre Kinder einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (außer Arbeitgeberanteilen bei Pflichtversicherten)?

Ja Nein

Name, Vorname	Zuschuss	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt vor
	Euro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Euro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 Vorrangige Ansprüche auf Leistungen im Krankheitsfall nach anderen Rechtsvorschriften

Bestehen zu den geltend gemachten Aufwendungen sonstige Ansprüche auf Leistung zu Heilbehandlungskosten (z. B. gesetzl. Krankenversicherung, Unfall- Heilfürsorge, BVG)?

Ja Nein

Nachweis liegt bei
Belegnummern

7 Einkünfte der Ehegattin bzw. des Ehegatten*

Hatte Ihre Ehegattin bzw. Ihr Ehegatte* im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG)? -Bitte Hinweis Nr. 6 auf Seite 4 beachten. -

Ja Nein

Überstiegen die Einkünfte Ihrer Ehegattin bzw. Ihres Ehegatten* im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung den steuerlichen Grundfreibetrag nach § 32 a Abs. 1 EStG? - Bitte Hinweis Nr. 7 auf Seite 4 beachten. -

Ja Nein

Wird die Einkunftsgrenze im laufenden Kalenderjahr (voraussichtlich) überschritten?

Ja Nein

8 Gesetzlicher Rentenanspruch

Beziehen Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung?

Ja Nein

Name, Vorname	seit

9 Werden Aufwendungen im Zusammenhang mit Unfällen geltend gemacht?

Ja Nein

(Bitte kurze Schilderung beifügen)

Um welche Belegnummern handelt es sich?

Es handelt sich um einen Dienstunfall Kita-/Schulunfall
 Arbeitsunfall Unfall im privaten Bereich

Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?

Nein Ja

Name des Schädigers/Ersatzpflichtigen (z. B. Versicherung),
Aktenzeichen, Versicherungsnummer

Anschrift

Name des Schädigers/Ersatzpflichtigen (z. B. Versicherung), Aktenzeichen, Versicherungsnummer	Anschrift

10 Werden Beihilfen zu Sachleistungen beantragt?

Ja Nein

Die erforderliche Bescheinigung der gesetzlichen Krankenversicherung über den monatlichen Krankenversicherungsbeitrag (ohne Pflegeversicherung) für die dem Antragsmonat vorausgegangenen letzten zwölf Kalendermonate

liegt bei liegt vor

* Bitte Hinweis Nr. 4 auf Seite 4 beachten

11 Werden nachfolgend genannte Aufwendungen geltend gemacht?

Die Behandlung erfolgte durch einen nahen Angehörigen (Ehegattin bzw. Ehegatte*, Kind oder Elternteil der behandelten Person) Ja Nein

Bitte Beleg oben rechts mit **A** kennzeichnen!

Versicherungsleistungen sind ausgeschlossen worden Ja Nein

Bitte Beleg oben rechts mit **V** kennzeichnen + Nachweis beilegen!

Es wurden oder werden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) in Anspruch genommen Ja Nein

Bitte Beleg oben rechts mit **B** kennzeichnen!

12 Werden Aufwendungen zu einem Todesfall geltend gemacht? Ja Nein

(betrifft Ehegattin bzw. Ehegatte* und Kinder)

Name, Vorname der bzw. des Verstorbenen	Todestag
---	----------

Verwandtschaftsverhältnis zur verstorbenen Person

--

Sind Ihnen aus Anlass der Beisetzung Aufwendungen (ohne Überführungskosten) in Höhe von mindestens 665,- Euro bzw. 435,- Euro (bei Kinderbestattung) entstanden? Ja Nein

Steht Ihnen anlässlich des Todesfalles Sterbegeld zu? Ja Nein

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Antragsangaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Leistungen (auch solche nach §§ 61 u. 62 SGB V), Beitragsrückzahlungen gesetzlicher Krankenkassen, Verkaufserlöse für Hilfsmittel usw., Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen zu den geltend gemachten Aufwendungen sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen haben.

Ich bin verpflichtet, die Beihilfe für meine Ehegattin bzw. meinen Ehegatten* und die auf den erhöhten Bemessungssatz entfallende Beihilfe zurückzuzahlen, soweit die Angaben über die Höhe ihrer bzw. seiner Einkünfte unzutreffend sind oder durch nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (z. B. durch Feststellung des Finanzamtes) unzutreffend werden.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Hinweise

1. Es ist ausschließlich der städtische Beihilfeantrag zu verwenden. Andere Formulare können nicht berücksichtigt werden!
2. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungs- bzw. Kaufdatum beantragt wurde. Bei Sachleistungen ist der in der Bescheinigung aufgeführte Behandlungs- bzw. Kauftag entscheidend. Für den Fristablauf ist der Tag des Antragseingangs bei der Beihilfefestsetzungsstelle maßgebend. Der Bemessungssatz richtet sich nach den Verhältnissen im Zeitpunkt des Antrags- eingangs.
3. Bei Heilbehandlungen und Hilfsmitteln sowie bei Arznei- und Verbandmitteln ist neben der Rechnung die Verordnung einer Ärztin bzw. eines Arztes bzw. einer Heilpraktikerin/eines Heilpraktikers vorzulegen.
4. Alle die Ehegattin bzw. den Ehegatten betreffende Fragen/Angaben gelten sinngemäß für die eingetragene Lebenspartnerin bzw. den eingetragenen Lebenspartner.
5. Als jeweils ein Beleg gelten auch mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung oder Rechnungen über das Zahn- arzthonorar und Material- und Laborkosten.
6. Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG sind neben dem um die Werbungskosten bzw. den Arbeitnehmer-Pauschalbetrag verminderten Arbeitslohn insbesondere der zu versteuernde Anteil von Renten, Einkünften aus Vermietung und Verpachtung, Kapitaleinnahmen (gekürzt um den z. Zt. gültigen Sparerfreibetrag) sowie Einkünfte aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit.
7. Der aktuelle gültige Grundfreibetrag ist auf <https://rp-kassel.hessen.de/ehegatteneinkommen> ersichtlich. Wir der Grundfreibetrag nicht überschritten, ist der Einkommensteuerbescheid jährlich vorzulegen.