

Antrag auf pauschale Beihilfe

Zentrale Bezügestelle des Landes Brandenburg
- Besoldung/Versorgung -
Postfach 15 60 21
03060 Cottbus

Angaben zur beihilfeberechtigten Person:	
Versorgung (Pensionäre) Sachb.-Nr./DST/Pers.-Nr.	V / 20801 /
Besoldung (Beamte) Sachb.-Nr./DST/Pers.-Nr.	B / /
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	

Ich beantrage unwiderruflich* die Gewährung einer pauschalen Beihilfe gemäß § 62 Abs. 6 Beamten-gesetz für das Land Brandenburg (LBG) und verzichte auf individuelle Beihilfe nach § 62 Abs. 3 bis 5, 7 LBG für mich und meine berücksichtigungsfähigen Angehörigen

ab: (frühestens ab Beginn des Monats, in dem der Antrag bei der ZBB eingeht)

*Ausnahme: Beamte auf Widerruf können sich bei Statuswechsel zum Beamten auf Probe erneut für oder gegen die Inanspruchnahme der pauschalen Beihilfe entscheiden.

Beihilfeberechtigter Antragsteller

- Beihilfeberechtigt gemäß § 62 Abs. 1 LBG (z. B. Beamte, Richter, Versorgungsempfänger)
- Beihilfeberechtigung bei Beurlaubung ohne Bezüge wegen
- Elternzeit
 - Pflegezeit
 - Beurlaubung aus familienpolitischen Gründen
- Beihilfeberechtigung bei Nichtzahlung von Bezügen wegen Ruhens- oder Anrechnungsregelungen

Hinweis: Heilfürsorgeempfänger sind nicht antragsberechtigt für pauschale Beihilfe

Name der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung	
Wie sind Sie versichert?	freiwillig gesetzlich krankenversichert 100 v. H. privat krankenversichert
Höhe des Krankenversicherungsbeitrags (bei privater Versicherung: Höhe des Beitrags für SGB V entsprechenden Leistungsumfang; Bescheinigung der Vorsorgeaufwendungen nach § 10 Abs. 1 Nr. 3 Einkommensteuergesetz bitte beifügen.)	Euro Nachweis ist beigefügt Nachweis wird nachgereicht
Erhalten Sie einen Beitrag oder Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen (z. B. vom Rententräger)?	Ja (Nachweis beifügen) Nein

Berücksichtigungsfähige Angehörige (Ehegatte/eingetragener Lebenspartner)

Name, Vorname	
Name der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung	
Wie ist Ihr Ehegatte/Lebenspartner versichert?	familienversichert freiwillig gesetzlich versichert Pflichtversicherung GKV privat versichert
Höhe des Krankenversicherungsbeitrags (bei GKV Gesamtbetrag) (bei <u>privater</u> Versicherung Höhe des Beitrags für SGB V entsprechenden Leistungsumfang: Bescheinigung der Vorsorgeaufwendungen nach § 10 Abs. 1 Nr. 3 Einkommensteuergesetz bitte beifügen.)	Euro (Nachweis beifügen)
Übersteigt der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 i. V. m. Abs. 5a Einkommensteuergesetz) im zweiten Jahr vor dem Anspruchsjahr 20.000 Euro?	Ja Nein Einkommensteuerbescheid des zweiten Jahres vor dem Anspruchsjahr beifügen)
Wird ein Beitrag (z. B. ein Arbeitgeberbeitrag) oder Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen (z. B. vom Rententräger) gewährt?	Ja (Nachweis beifügen) Nein

Berücksichtigungsfähige Angehörige (Kinder)

Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder, für die eigene Beiträge gezahlt werden:

Vorname und ggf. abweichender Nachname	ab	(ggf. bis)	Geburtsdatum	Krankenversicherungsbeitrag (Nachweis beifügen)
				Euro
Name der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung				
Wie ist Ihr Kind versichert?			familienversichert freiwillig gesetzlich versichert Pflichtversicherung GKV privat versichert	
Wird ein Beitrag (z. B. ein Arbeitgeberbeitrag) oder Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen (z. B. vom Rententräger) gewährt?			Ja (Nachweis beifügen) Nein	

Vorname und ggf. abweichender Nachname	ab	(ggf. bis)	Geburtsdatum	Krankenversicherungsbeitrag (Nachweis beifügen)
				Euro
Name der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung				
Wie ist Ihr Kind versichert?			familienversichert freiwillig gesetzlich versichert Pflichtversicherung GKV privat versichert	
Wird ein Beitrag (z. B. ein Arbeitgeberbeitrag) oder Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen (z. B. vom Rententräger) gewährt?			Ja (Nachweis beifügen) Nein	

Vorname und ggf. abweichender Nachname	ab	(ggf. bis)	Geburtsdatum	Krankenversicherungsbeitrag (Nachweis beifügen)
				Euro
Name der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung				
Wie ist Ihr Kind versichert?			familienversichert freiwillig gesetzlich versichert Pflichtversicherung GKV privat versichert	
Wird ein Beitrag (z. B. ein Arbeitgeberbeitrag) oder Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen (z. B. vom Rententräger) gewährt?			Ja (Nachweis beifügen) Nein	

Weitere Ansprüche:

Besteht für Sie oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Anspruch auf Heilfürsorge oder eine anderweitige Beihilfeberechtigung (z. B. aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst, bei Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen, aufgrund eines beamtenrechtlichen oder sonstigen Versorgungsanspruchs, eines Abgeordnetenmandats oder aus sonstigen Gründen)? (Heilfürsorgeberechtigte sind Polizeivollzugsbeamte*innen)	Ja, für folgende Person/en bei (Angabe des Dienstherrn) Nein
--	--

Erklärung des Beihilfeberechtigten

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den persönlichen Verhältnissen, die zu Veränderungen des Anspruchs auf pauschale Beihilfe führen können, unverzüglich mitzuteilen. Weiterhin habe ich Beitragsänderungen und Beitragserstattungen sofort anzuzeigen und zu viel gezahlte Beihilfe zurückzuzahlen. Für die Entrichtung der Krankenversicherungsbeiträge bin ich allein verantwortlich.

Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass ich meine Krankenkasse bzw. meine private Krankenversicherung von der Schweigepflicht gegenüber der Zentralen Bezügestelle des Landes Brandenburg entbinde. Diese kann sich direkt mit meiner Krankenkasse bzw. privaten Krankenversicherung zur Klärung von Fragen in Verbindung setzen, soweit die pauschale Beihilfe betroffen ist.

Die Entscheidung für die pauschale Beihilfe ist unwiderruflich. Dies bedeutet, dass ich zukünftig keinen Anspruch auf eine ergänzende Beihilfe zu einzelnen krankheitsbedingten Aufwendungen, für die Behandlung von Behinderungen, in Geburtsfällen, für Maßnahmen zur Empfängnisregelung und -verhütung, bei künstlicher Befruchtung sowie in Ausnahmefällen bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch, zur Früherkennung von Krankheiten und zu Schutzimpfungen und bei Organspenden nach § 62 Abs. 3 LBG habe. Die Erstattung entsprechender Aufwendungen richtet sich allein nach den Bedingungen meiner Krankenvollversicherung. Bei einem Wechsel aus der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung in ein Versicherungsverhältnis der privaten Krankenversicherung oder umgekehrt oder bei Änderung des Krankenversicherungsumfangs wird die pauschale Beihilfe höchstens in der vor der Änderung gewährten Höhe gewährt.

Das Merkblatt pauschale Beihilfe habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Bitte fügen Sie diesem Antrag aktuelle Unterlagen bei, aus denen sich die von Ihnen und Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu entrichtende Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung bzw. über die von Ihnen und Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu entrichtenden Beiträge zur privaten Krankenvollversicherung für Leistungen, die in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach SGB V vergleichbar sind, ergeben. Bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Ehegatten oder Lebenspartner) fügen Sie bitte auch einen Nachweis über deren Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor dem Jahr der Antragstellung bei (Einkommensteuerbescheid).

Datenschutzhinweis:

Die mit diesem Fragebogen zu erhebenden personenbezogenen Daten werden unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie des Brandenburgischen Datenschutzgesetzes (BbgDSG), insbesondere des § 26 BbgDSG verarbeitet. Ihre Angaben sind erforderlich, um Ihre pauschale Beihilfe in richtiger Höhe berechnen und zahlen zu können.

Beachten Sie bitte auch die Informationen zu den datenschutzrechtlichen Vorgaben der Artikel 13 und 14 der DSGVO auf der Internetseite der Zentralen Bezügestelle des Landes Brandenburg unter zbb.brandenburg.de in der Rubrik Service/Erklärung zum Datenschutz.

Ort, Datum

Unterschrift

Wenn Sie als Bevollmächtigte/r einen Antrag stellen:

Vollmacht liegt vor

Vollmacht ist beigelegt