

**Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!**  
 Zentrale Bezügestelle des Landes Brandenburg  
 - Beihilfe -  
 Postfach 15 60 21  
 03060 Cottbus

Angaben zur beihilfeberechtigten Person:	
ZBB-Personalnummer	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>

### Antrag auf Feststellung der Belastungsgrenzen nach § 50 BBhV für Kalenderjahr

#### I. Angaben zur Familie

a)	1) Sind Sie verheiratet	Nein	Ja, seit																				
	(Name, Vorname, Geburtsdatum des Ehegatten)																						
	<b>Wenn ja:</b>																						
	2) Werden Sie gemeinsam zur Einkommensteuer veranlagt?	Nein	Ja																				
	3) Ist Ihr Ehegatte																						
	- Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung	Nein	Ja																				
	- selbst beihilfeberechtigt	Nein	Ja																				
b)	Haben Sie Kinder, für die Sie Kindergeld erhalten und die bei Ihnen steuerlich berücksichtigt werden (im Kalenderjahr, für das die Befreiung beantragt wird)?																						
	Nein	Ja, folgende																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Name, Vorname des Kindes</th> <th>Geburtsdatum</th> <th colspan="2">leibliches oder Adoptivkind <u>beider</u> Ehegatten?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a)</td> <td></td> <td>Nein</td> <td>Ja</td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td></td> <td>Nein</td> <td>Ja</td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td></td> <td>Nein</td> <td>Ja</td> </tr> <tr> <td>d)</td> <td></td> <td>Nein</td> <td>Ja</td> </tr> </tbody> </table>			Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum	leibliches oder Adoptivkind <u>beider</u> Ehegatten?		a)		Nein	Ja	b)		Nein	Ja	c)		Nein	Ja	d)		Nein	Ja
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum	leibliches oder Adoptivkind <u>beider</u> Ehegatten?																					
a)		Nein	Ja																				
b)		Nein	Ja																				
c)		Nein	Ja																				
d)		Nein	Ja																				



## II. Angaben und Nachweise zum Einkommen

Bitte beachten:

Sofern Sie eine der Fragen zu I. a) 3) mit Ja beantwortet haben sind die Einkommen des Ehegatten nicht anzugeben. Die Nachweise (Ablichtungen sind ausreichend) sollten unbedingt vollständig sein.

Welche Einkommen beziehen Sie und/oder Ihr Ehegatte	Antragsteller	Ehegatte
1) Dienst-/Versorgungsbezüge Nachweis: Bezügebescheinigung Dezember des Vorjahres		-----
2) Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung Nachweis: Renten- und/oder Anpassungsbescheid(e) des Vorjahres		
3) Renten aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung Nachweis: Renten- und/oder Anpassungsbescheid(e) des Vorjahres		
4) Erwerbseinkommen des Ehegatten Nachweis: z. B. Einkommensteuerbescheid des Vorjahres	-----	

## III. Belastungsgrenze/chronische Erkrankung

<p>Ich beantrage die Reduzierung der Belastungsgrenze von 2 v. H. auf 1 v. H. wegen einer dauerhaften chronischen Erkrankung folgender Person(en):</p> <p>(Name(n) der chronisch erkrankten Person(en))</p> <p>Als Nachweis sind beigefügt:</p> <p>Eine ärztliche Bescheinigung für die Dauer und Umfang der chronischen Erkrankung (bei erstmaliger Antragstellung bzw. alle 5 Jahre) Einkommensnachweise Vorjahr</p>
--

Gemäß § 50 BBhV sind Eigenbehalte nach § 49 BBhV innerhalb eines Kalenderjahres auf Antrag nicht mehr abzuziehen, soweit sie für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammen die Belastungsgrenze überschreiten. Diese beträgt

1. 2 Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Abs. 3 Satz 3 bis 7 sowie
2. für chronisch Kranke nach der Chroniker-Richtlinie in der Fassung vom 22. Januar 2004 (BAnz. S. 1343), zuletzt geändert am 19. Juni 2008 (BAnz. S. 3017), 1 Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Abs. 3 Satz 3 bis 7.

Die Abzugsbeträge gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht. Das Einkommen des Ehegatten wird nicht berücksichtigt, wenn dieses Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. Das Einkommen vermindert sich bei verheirateten Beihilfeberechtigten um 15 vom Hundert und für jedes berücksichtigungsfähige Kind um den sich nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag. Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze ist jeweils das Einkommen des **vorangegangenen Kalenderjahres**.

Auf Antrag sind nach Überschreiten der Belastungsgrenze nach Satz 5 Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nach § 22 Absatz 2 Nummer 3, die nicht den Ausnahmeregelungen unterliegen, in voller Höhe als beihilfefähig anzuerkennen, wenn die Aufwendungen pro verordnetem Arzneimittel über folgenden Beträgen liegen:

- a) für Beihilfeberechtigte der Besoldungsgruppen A 1 bis A 8 sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige 8 Euro,
- b) für Beihilfeberechtigte der Besoldungsgruppen A 9 bis A 12 sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige 12 Euro,
- c) für Beihilfeberechtigte höherer Besoldungsgruppen sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige 16 Euro.

Die oder der Beihilfeberechtigte hat die Aufwendungen für die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel nachzuweisen.

**Einkommensnachweise Vorjahr beifügen!**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

