

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

Zentrale Bezügestelle des Landes Brandenburg
- Beihilfe -
Postfach 15 60 21
03060 Cottbus

Angaben zur beihilfeberechtigten Person:

ZBB-Personalnummer

Name, Vorname

Geburtsdatum

E-Mail

Telefon

Antrag auf Beihilfe

in der beamtenrechtlichen Krankenfürsorge - Land Brandenburg

Antragssumme	EUR
Anzahl der Belege*	

Bitte keine Originalbelege beifügen und die Kopien nicht klammern oder heften.

Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb von drei Jahren nach Rechnungsdatum beantragt wird.

Verwenden Sie für Pflegeaufwendungen bitte den „Antrag auf Pflege nur für Personen mit Pflegegrad“.

Erstmalige Antragstellung im Land Brandenburg?

ja

nein

Nur bei **Änderung** oder **Erstantrag** Anschrift:

Beamter/in auf Widerruf

Beamter/in

Richter/in

Versorgungsempfänger/in

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

Beihilfeanträge und Informationen finden Sie im Internet unter www.zbb.brandenburg.de

Bei **Erstantrag** bitte alle Fragen beantworten und zutreffendes ☒ ankreuzen, ggf. Spalten deutlich ausfüllen.

Bei Folgeanträgen bitte Änderungen angeben.

1. Angaben zur Beschäftigung

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben

folgende Änderung:

Dienststelle		
Tag der Beamtung im Land Brandenburg	Tag der Pensionierung	Datum des Ausscheidens aus dem Dienstverhältnis
Elternzeit von - bis (Elternzeitbescheid bitte beifügen für die Anpassung des Beihilfebemessungssatzes)		Beurlaubung ohne Dienstbezüge von - bis (Bitte Nachweis beifügen!)
Abordnung außerhalb des Landes Brandenburg (Bitte Nachweis beifügen!)		

* Als ein Beleg gelten z.B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung oder Rechnungen über das Zahnarzthonorar und die Materialen- und Laborkosten.



2. Angaben zum Familienstand

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben

folgende Änderung:

Familienstand ledig	verheiratet seit:	geschieden seit:	verwitwet seit:
Name, Vorname des Ehegatten/in, Lebenspartner/in		Geburtsdatum des Ehegatten/in, Lebenspartner/in	

2.1 Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

keine Änderung gegenüber den letzten, im Beihilfeantrag gemachten, Angaben

folgende Änderung:

1. Kind - Vorname *	Geburtsdatum	Wem wird der Familienzuschlag gezahlt (Name)
2. Kind - Vorname *	Geburtsdatum	Wem wird der Familienzuschlag gezahlt (Name)
3. Kind - Vorname *	Geburtsdatum	Wem wird der Familienzuschlag gezahlt (Name)
4. Kind - Vorname *	Geburtsdatum	Wem wird der Familienzuschlag gezahlt (Name)
Wegfall eines Kindes aus dem Familienzuschlag (Vorname)		ab:
Wiederaufnahme eines Kindes in den Familienzuschlag nach einer Unterbrechung (Vorname)		ab:

* ggf. abweichender Familienname

3. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen?

Bei erstmaliger Antragstellung sowie bei jeder Tarifumstellung oder -änderung (nicht: Beitragsänderung) bitte einen Nachweis beifügen.

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben

folgende Änderung:

Personen	Private Krankenversicherung seit Prozentsatz	Gesetzliche Krankenversicherung				Private Zusatzversicherung (z. B. Zahnersatz)	Freie Heilfürsorge seit	Keine Kranken- versicherung seit
		pflicht- versichert (§ 5 SGB V) seit	freiwillig versichert (§ 9 SGB V) seit	familien- versichert (§ 10 SGB V) seit				
Beihilfe- berechtigte/r	%				ja nein			
Ehegatte	%				ja nein			
1. Kind	%				ja nein			
2. Kind	%				ja nein			
3. Kind	%				ja nein			
4. Kind	%				ja nein			

Bei privater Krankenversicherung und privater Zusatzversicherung ist als Nachweis eine Bescheinigung der Versicherung oder Kopie des aktuellen Versicherungsscheines notwendig.

Zu den gesetzlichen Krankenversicherungen gehören z. B. AOK, BKK, Ersatzkassen und knappschaftliche Krankenversicherung. Legen Sie bei freiwilliger gesetzlicher Versicherung von Angehörigen bitte einen Nachweis vor. Ein Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung kann z. B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen bestehen.



4. Hat der andere Elternteil Ihres Kindes/Ihrer Kinder einen eigenen Beihilfeanspruch?

nein ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben
 folgende Änderung: Beihilfeberechtigung aufgrund

eines Dienstverhältnisses als Beamter im öffentlichen Dienst	Wer	Wo und seit wann
des Erhalts von Versorgungsbezügen (Pension)	Wer	Wo und seit wann
eines Beschäftigungsverhältnisses bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen usw.	Wer	Wo und seit wann
eines Abgeordnetenverhältnisses	Wer	Wo und seit wann

5. Werden Aufwendungen für den/die nicht selbst beihilfeberechtigte/n Ehegatten/in, Lebenspartner/in geltend gemacht?

nein ja (Bitte den Einkommensteuerbescheid des Vor-Vor-Jahres vor dieser Antragstellung beifügen, wenn noch nicht eingereicht!)

Übersteigen die Einkünfte Ihres Ehegatten/in, Lebenspartner/in (§ 2 Abs. 3 und 5a EStG) im Vorvorjahr vor Antragstellung den Betrag von 20.000,00 EUR?

nein ja

Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich ebenfalls übersteigen?

nein ja

6. Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis?

nein ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben, Datum des Unfalls: _____

ja (Unfallschilderung als Anlage beilegen), Datum _____

Es handelt sich um einen Freizeitunfall Schulunfall eines Kindes sonstiges schädigendes Ereignis

Zum Unfall gehören die Belege Nr. (bitte auch die Belege mit „Unfall“ versehen) - _____

Kommt für die unfallbedingten Aufwendungen ein Schadensersatzanspruch in Betracht?

nein

ja (Name, Anschrift des Schadenersatzpflichtigen, Aktenzeichen, Versicherung, Versicherungsnummer in der Unfallschilderung angeben)
 Anschrift des Schadenersatzpflichtigen, Aktenzeichen, Versicherung, Versicherungsnummer in der Unfallschilderung angeben)

Die Beihilfestelle ist **n i c h t z u s t ä n d i g** für die Erstattung von Aufwendungen aus **Dienstunfällen**.

Anträge dafür finden Sie unter www.zbb.brandenburg.de, Stichwort Fürsorgeleistungen.

7. Werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die Leistungen der privaten Versicherung durch individuellen Versicherungsvertrag ausgeschlossen oder eingestellt worden sind?

nein ja

Diagnose	Belegnummer/n (Nachweis über den individuellen Ausschluss im Versicherungsschein erforderlich)
----------	---

8. Auszahlung der Beihilfe

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten	von EUR	am
--	---------	----



Bei jedem Antrag ausfüllen:

Ich bitte, die Beihilfe zu überweisen

auf mein bekanntes Konto

auf folgendes Konto

IBAN

D E

BIC

Kontoinhaber:

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Kosten sowie Änderungen von Rechnungen sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

Mir ist auch bekannt, dass ich verpflichtet bin, Beihilfen für den Ehegatten, falls die Angaben über die Höhe der Einkünfte unzutreffend sind oder durch nachträgliche Erhöhung (nach Festsetzung des Finanzamtes) unzutreffend werden, zurück zu zahlen.

Mir ist weiter bekannt, dass ich im Falle bewusst unrichtiger oder unvollständiger Angaben sowie Verfälschung von Belegen strafrechtlich und disziplinarrechtlich verfolgt werden kann.

Für die mit diesem Antrag eingereichten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Datum	Unterschrift X
--------------	------------------------------

Unterschrift des Vertreters

Vollmacht

liegt vor
liegt bei

