

Antrag auf Beihilfe in der beamtenrechtlichen Krankenfürsorge - Land Brandenburg

- Bitte gut lesbare Kopien und keine Originale einreichen.
- Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum beantragt wird.
- Für Pflegeleistungen bitte **den „Antrag auf Beihilfe“** nur für Personen mit Pflegegrad **“ verwenden**

Beihilfeberechtigte Person: Name, Vorname	(nur bei Änderung oder Erstantrag)	Geburtsdatum	Personalnummer ZBB
Anschrift (nur bei Änderung oder Erstantrag)	Beamter/in auf Widerruf	Telefon dienstlich privat	
	Beamter/in Richter/in Versorgungsbezüge		
		E-Mail:	

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

Erstmalige Antragstellung im Land Brandenburg?

ja nein

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

Ich bitte, dem Beihilfebescheid einen neuen
Papiervordruck beizufügen.

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!)		

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	Prozentsatz Private Kranken- versicherung ab dem (Datum)	Gesetzliche Krankenversicherung				Private Zusatzversicherung (z. B. Zahnersatz, Heilpraktiker)	Freie Heilfürsorge, Krankenhilfe- oder Kostenerstattungs- anspruch ab dem (Datum)	Keine Kranken- versicherung ab dem (Datum)
		pflichtversichert (§ 5 SGB V) ab dem (Datum)	freiwillig versichert (§ 9 SGB V) ab dem (Datum)	familienversichert (§ 10 SGB V) ab dem (Datum)				
Beihilfeberechtigte/ Beihilfeberechtigter	%				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 17.000,00 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 Freizeitanfall 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)

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.

Zusammenstellung der Aufwendungen

Rechnungsbelege bitte nach Personen ordnen und dann fortlaufend nummeriert in die "Zusammenstellung der Aufwendungen" eintragen.

Die Spalten Ehegatte bzw. Kinder können bei Bedarf auch vom Antragsteller mitgenutzt werden.

Beleg-Nr.	Datum der Rechnung	Art der Leistung (z. B. Rezept, Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus, Hilfsmittel, Heilmittel)	Rechnungsbetrag EUR	Kostenerstattung von anderer Seite, falls kein Prozenttarif EUR
Antragsteller:				
Ehegatte:				
Kinder:				

Summe der Rechnungsbeträge: