|  |  |
| --- | --- |
|  | **Bitte vollständig ausfüllen! (Daten bitte dem letzten Beihilfebescheid entnehmen.)**  |
|  | **Beihilfenummer**  | Beihilfeberechtigte/-r (Name, Vorname) = Antragsteller/-in***,***  | Geburtsdatum | Dienstherr/Arbeitgeber |
|  | Telefon dienstlich | Telefon privat | E-Mail-Adresse | Dienststelle |
|  | Privatanschrift (bitte nur beim ersten Antrag oder bei Änderungen angeben.) |
|  | Bei erstmaliger Antragstellung von Witwen/Witwern: Name, Vorname und Geburtsdatum des verstorbenen Ehegatten | Sterbedatum |

**Stadt Ingolstadt Antrag auf Beihilfen**

**Beihilfestelle in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen**

**81534 München nach der Bayer. Beihilfeverordnung (BayBhV)**

 **Hinweis:**

 **Die Datenerhebung erfolgt aufgrund Art. 96 des Bayer. Beamtengesetzes und**

 **der Tarifverträge über die Gewährung von Beihilfen an Beschäftigte.**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Sind die Aufwendungen durch eine Verletzung oder einen Unfall entstanden?** |
|  | [ ]  Nein | [ ]  Ja, die Aufwendungen von Beleg Nr.  sind entstanden durch: [ ]  Dienstunfall [ ]  Berufskrankheit [ ]  Arbeitsunfall [ ]  Freizeitunfall [ ]  Schulunfall [ ]  ein sonstiges, schädigendes EreignisUnfalltag:  | Bestehen deswegen Schadensersatzansprüche? [ ]  Nein[ ]  Ja, gegenüber:  |
|  | **Unfallschilderung (bitte ausführliche Unfallschilderung beifügen)!** |
| **2.** | **Werden Aufwendungen für Ehegatten/Lebenspartner geltend gemacht? Dann bitte ausfüllen!** |
|  | Überstiegen die Einkünfte (§2 Abs. 3 EStG) Ihres Ehegatten/Lebenspartners im **zweiten Kalenderjahr vor Stellung des Beihilfeantrags** den Betrag von 20.878 €?[ ]  Nein [ ]  Ja | Werden die Einkünfte im **laufenden Kalenderjahr** diesen Betrag voraussichtlich übersteigen?[ ]  Nein [ ]  Ja |
| **3.** | **Werden Aufwendungen für einen stationären Krankenhausaufenthalt geltend gemacht?** |
|  | [ ]  Nein [ ]  Ja | Dabei wurden ärztliche **Wahlleistungen** (Chefarzt) in Anspruch genommen: [ ]  Ja [ ]  Nein **Bitte der Klinikrechnung die Wahlleistungsvereinbarung beilegen!** |
| **4.** | **Werden Aufwendungen geltend gemacht, für die die Krankenversicherung Leistungen ausgeschlossen hat?** |
|  | [ ]  Nein [ ]  Ja, siehe Belegnummer  (Bitte Versicherungsunterlagen beilegen) |
|  |  |
|  | Bei **erstmaliger** Antragstellung: Bitte alle Fragen beantworten (auch bei erstmaliger Antragstellung für Angehörigen)Bei **wiederholter** Antragstellung: Haben sich Änderungen bei den nachfolgenden Fragen gegenüber den Angaben im letzten  Antrag auf Beihilfe ergeben?[ ]  Nein [ ]  Ja **Bitte Änderung bei der jeweiligen Frage angeben!** |
|  |  |
| **5.** | **Angaben zur/zum Beihilfeberechtigten = A** |
|  | **Familienstand (bitte vollständiges Datum angeben):** | **Name, Vorname und Geburtsdatum** des Ehegatten/Lebenspartners: |
|  |  ledig[ ]   | verheiratet seit:[ ]   | geschieden seit:[ ]   | verwitwet seit:[ ]   |  |
|  | Hat oder hatte Ihr Ehegatte/Lebenspartner in den letzten drei Jahren eine eigene Beihilfeberechtigung? [ ]  Nein [ ]  Ja (bitte Frage 8 vollständig ausfüllen) |
|  | Sind Sie **anderweitig beihilfeberechtigt** oder als **Angehöriger berücksichtigungsfähig**? [ ]  Nein [ ]  Ja |
|  | **Beschäftigungsverhältnis des Beihilfeberechtigten:** |
|  | [ ]  Anwärterin/Anwärter  bis: [ ]  Beamtin/Beamter[ ]  Beschäftigte/Beschäftigter[ ]  **Altersteilzeit** **Freistellungsphase ab:** | [ ] vollbeschäftigt seit:[ ]  teilzeitbeschäftigt seit:[ ]  Arbeitszeit (Stunden):[ ]  befristet beschäftigt bis: | [ ]  **Elternzeit** ab/seit:  Dauer der Elternzeit bis:  (Bitte Bescheinigung beifügen) |
|  [ ]  **Ohne Dienstbezüge beurlaubt** ab/seit: Dauer der Beurlaubung bis:  (Bitte Bescheinigung beifügen.) Bitte unter Ziffer 10 die Krankenkasse und die Art der  Versicherung in der Zeit der Beurlaubung angeben! |
|  | [ ]  Ich bin ausgeschieden (Ruhestand, Rente) seit:[ ]  und Versorgungsempfänger/-in[ ]  und Zusatzversorgungsempfänger/-in |

|  |  |
| --- | --- |
| **6.** | **Bankverbindung** (Die Beihilfe wird grundsätzlich auf das Bezügekonto überwiesen): |
|  | Geldinstitut: | IBAN: | BIC: |
| **7.** | **Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder** |
|  | 1. Kind (Vorname, ggf. Familienname, Geburtsdatum) = **K1** | 3**.** Kind (Vorname, ggf. Familienname, Geburtsdatum) **= K3** |
|  | 2. Kind (Vorname, ggf. Familienname, Geburtsdatum) **= K2** | 4. Kind (Vorname, ggf. Familienname, Geburtsdatum) **= K4** |
|  | Sind Kinder seit **der letzten Antragstellung** aus dem Familienzuschlag **weggefallen bzw. wieder aufgenommen** worden? |
|  | [ ]  Nein [ ]  Ja, weggefallen seit: [ ]  Ja, wiederaufgenommen seit:  | Name, Vorname des Kindes, Grund (ggf. Beiblatt verwenden) |
| **8.** | **Hat oder hatte der Ehegatte/Lebenspartner (gilt auch für geschiedene Ehegatten/Lebenspartner) oder eines der vorgenannten Kinder in den letzten drei Jahren eine eigene Beihilfeberechtigung?** |
|  | [ ]  Nein [ ]  Ja, aus einem Beschäftigungsverhältnis als [ ]  Beamtin/Beamter [ ]  Beschäftigte/Beschäftigter [ ]  Ja, aus beamtenrechtlicher Versorgung (Pension) |
|  | wer (E, K1 …)?  |
| **9.** | **Wird Beihilfe zur Pflege beantragt?**  |
|  | [ ]  Nein [ ]  Ja (Bitte fügen Sie die entsprechenden **Nachweise der Pflegekasse/-versicherung** bei!) |
| **10.** | **Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?** |
|  | Personen | **P R I V A T** | **G E S E T Z L I C H**(z.B. AOK, Betriebs-/Ersatzkasse) | **Zusatzversicherung****(Art?)** | **Nicht versichert** |
| Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung bitte V**ersicherungs-schein** beifügen! | pflicht-versichert | freiwilligversichert | familien- versichert |  |  |
|  | Antragsteller/-in **= A** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | [ ]  |
|  | Ehepartner/-in/Lebenspartner/-in **= E** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | [ ]  |
|  | 1. Kind **= K1** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | [ ]  |
|  | 2. Kind **= K2** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | [ ]  |
|  | 3. Kind **= K3** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | [ ]  |
|  | 4. Kind **= K4** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | [ ]  |
| **11.** | **Haben Sie Anspruch auf eine anderweitige Kostenerstattung?** |
|  | Haben Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger einen **Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung** (z. B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- und arbeitsvertraglicher Regelungen)? [ ]  Nein [ ]  Ja (Bitte Nachweis oder Bescheid beifügen!) Person:  |
|  | Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und erkläre hiermit, dass ich zu den geltend gemachten Aufwendungen bei keiner anderen Stelle einen Beihilfeantrag gestellt habe oder stellen werde. Mir ist die Tatsache bekannt, dass die Berücksichtigungsfähigkeit der Kinder im Familienzuschlag Einfluss auf die Höhe der Beihilfe für mich als auch für den Beihilfeanspruch für ein Kind haben kann (Wegfall der Beihilfeberechtigung). Auch Änderungen, die der für die Anordnung der Bezüge zuständigen Stelle mitgeteilt worden sind, müssen deshalb unbedingt auf jedem Antrag vermerkt werden. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Kostenerstattungen, Preisermäßigungen oder -nachlässe sowie Leistungen Dritter sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe und dass dies eine Neufestsetzung der Beihilfe zur Folge haben kann. Soweit sich danach eine niedrigere Beihilfe ergibt, verpflichte ich mich, den zu viel erhaltenen Betrag in einer Summe zurückzuzahlen. Dies gilt auch für den Fall, dass die Angaben über die Höhe der Einkünfte des Ehegatten/Lebenspartners unzutreffend sind oder durch eine spätere Festsetzung durch das Finanzamt unzutreffend werden.Ich bin damit einverstanden, dass die Beihilfestelle der Stadt Ingolstadt bei gebührenrechtlichen und medizinischen Fragen einen Beratungsarzt hinzuziehen kann (ggf. streichen). |
|  | Ort, Datum, Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten |
|  | Bei Vertretung: Unterschrift **der Vertreterin / des Vertreters Vollmacht:** [ ]  liegt vor [ ]  liegt bei |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Antragsteller/-in | Antrag vom  |
| **Beachten Sie bitte folgende Hinweise:*** Der Antrag sollte aus abrechnungstechnischen Gründen maximal 15 Belege enthalten.
* Die Einträge und Belege bitte nach **Personen** geordnet eintragen:

 **A= Antragsteller/-in E= Ehegatte L=Lebenspartner/-in nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz K=Kind** * Ihre Daten werden auf Grundlage von Art. 5 Abs. 1 Europ. Datenschutzgrundverordnung i. V. m. Art. 4 Abs. 1 Bayer. Datenschutzgesetz nach geltendem Beihilferecht erhoben und sind für die Festsetzung der Beihilfe erforderlich**. Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten finden Sie unter ingolstadt.de.**
 |

 **Zusammenstellung der Aufwendungen**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. | A, E, L, K | Rechnungsdatum | Betrag in Euro | Erstattung gesetzl. Kasse / Zusatzkasse |
| 1 |  |  |       |       |
| 2 |  |  |       |       |
| 3 |  |  |       |       |
| 4 |  |  |       |       |
| 5 |  |  |       |       |
| 6 |  |  |       |       |
| 7 |  |  |       |       |
| 8 |  |  |       |       |
| 9 |  |  |       |       |
| 10 |  |  |       |       |
| 11 |  |  |       |       |
| 12 |  |  |       |       |
| 13 |  |  |       |       |
| 14 |  |  |       |       |
| 15 |  |  |       |       |
| Gesamtbetrag: | *0,00* | *0,00* |

|  |
| --- |
| **Weitere Hinweise:*** **Beihilfeunterlagen werden gemäß Art. 110 Abs. 2 Bayer. Beamtengesetz grundsätzlich nicht zurückgegeben** Reichen Sie bitte nur **lesbare Kopien oder Duplikate** ein. Schicken Sie uns bitte **keine Originalbelege** mehr, da alle Anträge, Mitteilungen und Belege unmittelbar nach dem Eingang in der Beihilfestelle elektronisch erfasst und anschließend datenschutzgerecht vernichtet werden. Bitte kopieren Sie nicht mehrere Belege (z. B. Rezepte) auf ein Blatt. Bitte beachten Sie, dass Informationen auf Belegrückseiten auch kopiert werden müssen.
* Behalten Sie **eine Ausfertigung der Belege** für Ihre privaten Unterlagen.
* Bitte geben Sie bei Anträgen und weiteren Schreiben immer Ihre **Beihilfe-Nummer** an. Bitte füllen Sie die Anträge möglichst **am Computer oder mit Schreibmaschine aus**. Handschriften sind nur schwer elektronisch lesbar und verlängern die Bearbeitungszeit durch die erforderlichen Nachbearbeitungen.
* Bitte verwenden Sie bei Anträgen ausschließlich die **aktuellen Vordrucke**. Sie können sie unter
* **www.ingolstadt.de/beihilfeleistungen** herunterladen bzw. bei der Beihilfestelle anfordern.
* Die gesamte in der Beihilfestelle der Stadt Ingolstadt eingehende Post wird nach dem Scannen datenschutzgerecht vernichtet. Sie bekommen die Belege und sonstigen Nachweise künftig also **nicht mehr zurück**.
* Bitte **klammern, heften bzw. tackern** Sie Ihre eingereichten Unterlagen **nicht** zusammen.
* Verwenden Sie **keine Post-It oder andere Klebezettel** auf den Belegen. Erstellen Sie stattdessen einen Vermerk auf einem gesonderten DIN-A-4-Blatt.
* **Prüfen** Sie, ob alle notwendigen Belege (z. B. Verordnungen, Laborrechnungen etc.) Ihrem Antrag beiliegen.
* **Prüfen** Sie, ob alle zur Erstattung eingereichten Belege in der Zusammenstellung des Antrags aufgelistet sind.
* Beachten Sie, dass der Antrag an der ausgewiesenen Stelle **unterschrieben** sein muss.
* Senden Sie bitte **keine frankierten Rückumschlage** mit, da die von Ihnen eingereichten Unterlagen nicht zurückgesandt werden können.
 |