

**Performa Nord**  
**Beihilfefestsetzung – Bund**  
**Schillerstr. 1**  
**28195 Bremen**

## Antrag auf Beihilfe

In Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)

Name, Vorname	Beihilfenummer	Geburtsdatum	Abteilung
Anschrift (nur bei Änderung oder Erstantrag bei dieser Festsetzungsstelle)			Tel./Hausruf

Zutreffendes bitte  ankreuzen, ggf. Spalten deutlich ausfüllen.

(Bei **erstmaliger Antragstellung** bei dieser Festsetzungsstelle sind durchgängig vollständige Angaben notwendig.)

### 1 Angaben zur Beschäftigung

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben       folgende Änderung:

Dienststelle/Pensionsregelungsbehörde	Seit	Versorgungsempfänger(in) seit
<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt von – bis	Mit Wochenstunden (Anzahl)	<input type="checkbox"/> befristet beschäftigt von – bis
<input type="checkbox"/> Elternzeit von – bis	<input type="checkbox"/> Beurlaubung ohne Dienstbezüge Gem. § 92 Abs. 1 Nr. 1 BBG von – bis	<input type="checkbox"/> sonstige Beurlaubung ohne Dienstbezüge von – bis (Rechtsgrundlage)

### 2 Im Familien-, Orts- bzw. Sozialzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

erster Antrag       keine Änderung gegenüber den letzten Angaben       folgende Änderung:

Vorname ggf. abweichender Familienname	Geburtsdatum	<b>Ich beziehe den Familien-, Orts- bzw. Sozialzuschlag</b> <b>bei Änderungen bitte Nachweis beifügen</b>	
1. Kind –		nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
2. Kind –		nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
3. Kind –		nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
4. Kind –		nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Wegfall eines Kindes aus dem Familien-, Orts- bzw. Sozialzuschlag		Vorname	ab
<input type="checkbox"/> Wiederaufnahme eines Kindes in den Familienzuschlag nach eine Unterbrechung (z. B. Wehr- oder Zivildienst)		Vorname	ab

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

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben  folgende Änderung:

Personen	Private Krankenversicherung*	Gesetzliche Krankenversicherung			Freie Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattungsanspruch**	Keine Krankenversicherung
		Pflicht-versichert (§ 5 SGB V)	freiwillig versichert (§ 9 SGB V)	familien-versichert (§ 10 SGB V)		
	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	
Beihilfebe-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

\*\*Bitte Nachweis oder Bescheid über den Grundanspruch beifügen.

Bei privater Krankenversicherung ist als Nachweis eine Kopie des aktuellen Versicherungsscheines notwendig. Zu den gesetzlichen Krankenversicherungen gehören z. B. AOK, BKK, Ersatzkassen und knappschaftliche Krankenversicherung. Ein Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung kann z. B. nach Beamtenrecht (insbesondere als Folge eines Dienstunfalls) oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen bestehen.

Hier auch etwaige Änderungen des Versicherungsschutzes bei Rentenanspruch oder Arbeitslosigkeit eintragen.

**4.1 Besteht für Sie oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine anderweitige Beihilfeberechtigung?**

nein  ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben

ja, folgende Änderung: Beihilfeberechtigung aufgrund

<input type="checkbox"/> des Erhalts von Versorgungsbezügen (§ 2 BeamtVG)	Wer
<input type="checkbox"/> eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst	Wer
<input type="checkbox"/> eines Beschäftigungsverhältnisses bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen usw.	Wer
<input type="checkbox"/> eines Abgeordnetenverhältnisses	Wer
als <input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in) <input type="checkbox"/> Abgeordnete(r) <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger(in)	
Gegenüber wem?	ab wann?

**4.2 Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt (z. B. vom Arbeitgeber oder RV-Träger?)**

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

Welcher Person	ab dem	Höhe des monatlichen Zuschusses (€)
Nur anzugeben, von privat krankenversicherten Tarifbeschäftigten: Der Beitrag zur privaten Krankenversicherung betrug im Monat der Antragstellung		€ (bitte Nachweis beifügen)

**5 Ist ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger bei einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?**

- nein       ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben  
 ja, folgende Änderung: ab (Datum)

Welche Person	Ab (Datum)	bei wem (Aufwendungen können nur mit Originalbelegen geltend gemacht werden)?

**6 Werden Aufwendungen für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten geltend gemacht?**

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

Name, Vorname des Ehegatten	Geburtsdatum	verheiratet/geschieden/ verwitwet seit
<p>Überstiegen die Einkünfte Ihres Ehegatten (§ 2 Abs. 3 EstG) im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung den Betrag von 17.000 €?*</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Falls ja, werden im laufenden Kalenderjahr voraussichtlich Einkünfte über 17.000 € erzielt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja</p> <p><b>Wenn Aufwendungen für die Ehegattin/den Ehegatten geltend gemacht werden, ist dem Antrag als Nachweis des Jahreseinkommens aus dem vorletzten Kalenderjahr der Einkommenssteuerbescheid beizufügen.</b></p>		

**7 Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis?**

- nein       ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben  
 ja (Unfallschilderung beifügen, Beleg-Nr. angeben)

es handelt sich um:

<input type="checkbox"/> einen Dienstunfall <input type="checkbox"/> einen Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> einen Schulunfall <input type="checkbox"/> einen sonstigen Unfall <input type="checkbox"/> ein anderes schädigendes Ereignis (z. B. Berufskrankheit):
Um welche Aufwendungen handelt es sich ? (Beleg-Nr.) – Bitte auch die Belege mit Hinweis „Unfall“ versehen
<p>Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht?            (Zu den Ansprüchen auf Kostenerstattung gehören auch Ansprüche z. B. gegen Schulträger, Sportvereine)</p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja</p>
Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Ersatzpflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer

**8 Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen (als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Heilbehandler usw.) geltend gemacht?**

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, der/die Behandelnde ist <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Elternteil der behandelten Person	Beleg-Nr.  (Bitte Nachweis über entstandene Sachkosten beifügen)
---	--

**9 Wird eine Pauschalbeihilfe für häusliche Pflege geltend gemacht?**

nein  ja

Pflegestufe <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III		Leistungszusage mit Pflegestufe der Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt bei	
Name der pflegebedürftigen Person		Name der Pflegeperson	Zeitraum (vom – bis zum)
Unterbrechung der Pflege <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Zeitraum (vom – bis zum) Grund:			

**10 Werden Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind, geltend gemacht?**

nein  ja, folgende:

Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)?	Betrag €	Nachweis – ➤ Versicherungsschein über Ausschluss usw. bitte beifügen, soweit nicht vorliegend
---	----------	--

**11 Auszahlung der Beihilfe**

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten	Betrag	am
Die Auszahlung soll auf nachstehendes Konto erfolgen:		
Bei (Geldinstitut mit Ortsangabe)		Name des Kontoinhabers (falls abweichend von dem/der Antragsteller/in)
IBAN <b>(bitte die IBAN in 4er Blöcken erfassen)</b>		BIC

**Erklärung**

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechtigung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.

Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigelegt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

Mit der Beihilfearbeitung durch Performa Nord bin ich einverstanden.  Ja  Nein

Datum	Unterschrift des/der Beihilfeberechtigten oder der/des Bevollmächtigten	
Vollmacht	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt bei

Name, Vorname

Beihilfeantrag vom

Sollte der Platz nicht ausreichend sein, benutzen Sie bitte das Einlegeblatt	Vom/n Antragsteller/-in auszufüllen			
	Beleg Nr.	Rechnung	Art der Leistung (z. B. ärztliche Behandlung, Krankenhaus, Rezept, Hilfsmittel u. a.)	Rechnungs- betrag
				Kostenerstattung von anderer Seite, falls kein Prozent-Tarif, Betrag in €
			€	€

Beihilfe- berechtig-				
	Übertrag vom Einlegeblatt			

Summe 1

Ehegatte				

Übertrag vom Einlegeblatt				
---------------------------	--	--	--	--

Summe 2

Kinder				

Übertrag vom Einlegeblatt				
---------------------------	--	--	--	--

Summe 3

Gesamtsumme 1

Zur Beleg Nr.	Hinweise:

Name, Vorname

Beihilfeantrag vom

**Vom/n Antragsteller/-in auszufüllen**

Beleg Nr.	Rechnung	Art der Leistung (z. B. ärztliche Behandlung, Krankenhaus, Rezept, Hilfsmittel u. a.)	Rechnungs- betrag	Kostenerstattung von anderer Seite, falls kein Prozent- Tarif, Betrag in €
			€	€

Beihilfe-  
berechtig-

Übertrag vom Einlegeblatt				
			<b>Summe 4</b>	

Ehegatte

Übertrag vom Einlegeblatt				
			<b>Summe 5</b>	

Kinder

Übertrag vom Einlegeblatt				
			<b>Summe 2</b>	
			<b>Gesamtsumme 2</b>	

**GESAMTSUMME TOTAL**

--	--

Zur Beleg Nr.	Hinweise: