

Bundesbeilfe

Posteingangsstempel

Performa Nord
P3 - Bundesbeihilfe
Schillerstr. 1
28195 Bremen

Antrag auf Befreiung von Eigenbehalten

Antrag gemäß § 50 Absatz 1
Bundesbeihilfeverordnung

für das Kalenderjahr 20__

1. Antragsteller/-in

Beihilfenr:

Personal-/Versorgungsnummer:

Name

Geburtsdatum

Vorname

Geschlecht

 männlich weiblich

Namenszusatz

Akademischer Grad

Hiermit beantrage ich die Befreiung vom Abzug der Eigenbehalte. Außerdem beantrage ich ärztlich oder zahnärztlich verordnete, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nach § 22 Absatz 2 Nr. 3 BBhV, die nicht den Ausnahmeregelungen unterliegen, besoldungsabhängig in voller Höhe als beihilfefähig anzuerkennen.

Sind Sie Beamter/Beamtin auf Widerruf?

nein,

Aktuelle Besoldungsgruppe nach dem Bundesbesoldungsgesetz:
vgl. auch § 50 Abs. 1 Nr. 2 a), b), c)

ja,

Laufbahngruppe: mittlerer Dienst gehobener Dienst

2. Angaben zum Familienstand

2.1. Sind Sie verheiratet bzw. besteht eine eingetragene Lebenspartnerschaft?

nein ja, seit

Name des Ehepartners/Lebenspartners:

Vorname

Geburtsdatum

Wenn ja:

a) Hat Ihr Ehe-/Lebenspartner ein eigenes Einkommen? nein ja

b) Werden Sie gemeinsam zur Einkommensteuer veranlagt? nein ja

c) Ist Ihr Ehe-/Lebenspartner

▪ Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung nein ja

▪ Selbst beihilfeberechtigt nein ja

3. Angaben und Nachweise zum Einkommen

Welche Einkommen beziehen Sie und/oder Ihr Ehe-/Lebenspartner?
(Ablichtungen der Nachweise sind ausreichend)

	Antragsteller	Ehegatte / Lebenspartner
1. Dienst-/Versorgungsbezüge (Bitte legen Sie als Nachweis die Bezügebescheinigungen des Vorjahres vor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (Bitte legen Sie als Nachweis die Renten und/oder Anpassungsbescheid(e) des Vorjahres vor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Renten aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung (Bitte legen Sie als Nachweis die Renten- und/oder Anpassungsbescheid(e) des Vorjahres vor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Erwerbseinkommen (Bitte legen Sie als Nachweis den Einkommensteuerbescheid des Vorjahres vor)	--	<input type="checkbox"/>
5. Sonstiges Einkommen (Bitte legen Sie die entsprechenden Nachweise vor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Angaben zu Kindern

4.1. Haben Sie Kinder, für die Sie den kinderbezogenen Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz erhalten?

nein

ja, folgende

a) Name des Kindes

Geburtsdatum

b) Name des Kindes

Geburtsdatum

c) Name des Kindes

Geburtsdatum

d) Name des Kindes

Geburtsdatum

4.2. Welche der Kinder stehen in einem Kindschaftsverhältnis zu beiden Ehepartnern?

(vergleiche § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG)

alle

a)

b)

c)

d)

(Weitere Kinder bitte auf einem Zusatzblatt aufführen)

4.3. Waren alle Kinder im gesamten beantragten Kalenderjahr im Familienzuschlag berücksichtigt?

ja nein

Anzahl der Kinder, die nicht im gesamten Jahr berücksichtigt waren:

Anzahl der Monate für jedes Kind gesondert:

a) b) c) d)

5. Belastungsgrenze / chronische Erkrankungen

Ich beantrage die Reduzierung der Belastungsgrenze von 2 v. H. auf 1 v. H. wegen einer chronischen Erkrankung folgender Person(en):

Name

Geburtsdatum

Vorname

Name

Geburtsdatum

Vorname

Als Nachweis sind beigefügt:

- Eine ärztliche Bescheinigung über die Dauer und den Umfang der chronischen Erkrankung
- Ablichtung der Pflegeeinstufung (Stufe II oder höher) der Pflegeversicherung
- Ablichtung des Schwerbehindertenausweises (Grad der Behinderung (GdB) bzw. Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE) von mindestens 60%)

6. Nachweise

Bitte beachten Sie, dass nur die Kosten berücksichtigt werden können, die der Beihilfestelle mit Antrag auf Beihilfe vorgelegt wurden. Dies gilt insbesondere für ärztlich verordnete, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel.

Ich versichere, dass die oben gemachten Angaben zutreffend sind.

Ort

Datum

Unterschrift