

Beihilfeberechtigter Antragsteller	
Nachname, Vorname:	Geburtsdatum:
Personalnummer (7-stellig – bitte unbedingt angeben) SB-Nr (siehe Bezügeabrechnung) Behörde/Dienststelle:	

Antrag auf Pauschale Beihilfe

Ich beantrage die Gewährung einer Pauschalen Beihilfe gem. § 80 Abs. 7 oder Abs. 8 Bremisches Beamtengesetz (BremBG) und verzichte auf ergänzende Beihilfe nach § 80 BremBG und der Bremischen Beihilfeverordnung

ab: _____
(bei keiner Angabe: Beginn erster Tag des Monats, der auf die Antragstellung folgt)

Angaben zum Krankenversicherungsverhältnis:

Beihilfeberechtigter/Antragsteller:			
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt gem. § 80 Abs. 7 BremBG (z. B. Beamte, Richter, Versorgungsempfänger)			
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt gem. § 80 Abs. 8 BremBG (Erst. der hälftigen Kosten GKV –Beamter v. 1989 im Brem. öD.)			
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigung bei Beurlaubung ohne Bezüge wegen <input type="checkbox"/> Elternzeit oder <input type="checkbox"/> Pflegezeit			
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigung bei Nichtzahlung von Bezügen wegen Ruhens- oder Anrechnungsregelungen			
Name der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung:			
<input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert		<input type="checkbox"/> privat versichert	
Höhe des Krankenversicherungsbeitrags (bei priv. Versicherung Höhe des Beitrags für SGB V entsprechenden Leistungsumfang)			Euro*
Erhalten Sie einen Beitrag oder Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja: seit	vom Arbeitgeber / Dienstherrn	vom Sozialleistungsträger	Höhe des monatlichen Beitrags/Zuschusses
			Euro*
Berücksichtigungsfähige Angehörige (Ehegatten/Lebenspartner):			
Nachname, Vorname:			
Name der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung:			
<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> familienversichert bei Antragsteller	<input type="checkbox"/> privat versichert
Höhe des Krankenversicherungsbeitrags (bei priv. Versicherung Höhe des Beitrags für SGB V entsprechenden Leistungsumfang)			Euro*
Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommenssteuergesetz) im vergangenen Kalenderjahr 12.000 Euro?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein*
Wird ein Beitrag oder Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja: seit	vom Arbeitgeber	vom Sozialleistungsträger	Höhe des monatlichen Beitrags/Zuschusses:
			Euro*

Berücksichtigungsfähige Angehörige (Kinder):			
Im Familienzuschlag gem. BremBesG beim Antragsteller berücksichtigungsfähige Kinder:			
Vorname und ggf. abweichender Nachname	ab (ggf. bis)	Geburtsdatum:	KV-Beitrag (s.o.):
1.			Euro*
2.			Euro*
3.			Euro*
Name(n) der Krankenkasse(n) bzw. Krankenversicherung(en):			
1. <input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> privat versichert
2. <input type="checkbox"/> " " " "	<input type="checkbox"/> " " " "	<input type="checkbox"/> " " " "	<input type="checkbox"/> " " " "
3. <input type="checkbox"/> " " " "	<input type="checkbox"/> " " " "	<input type="checkbox"/> " " " "	<input type="checkbox"/> " " " "
Wird ein Beitrag oder Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja: seit	vom Arbeitgeber	vom Sozialleistungsträger	Höhe des monatlichen Beitrags/Zuschusses:
1.			Euro*
2.			Euro*
3.			Euro*
Weitere Ansprüche:			
Besteht für Sie oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Anspruch auf Heilfürsorge oder eine anderweitige Beihilfeberechtigung (z. B. aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst, bei Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen, aufgrund eines beamtenrechtlichen oder sonstigen Versorgungsanspruchs, eines Abgeordnetenmandats oder aus sonstigen Gründen).			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja:			
Name:		Rechtsverhältnis (z. B. Beamter, Abgeordneter)	
gegenüber wem		von - bis	

* Bitte fügen Sie diesem Antrag aktuelle Unterlagen bei, aus denen sich die von Ihnen und Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu entrichtenden Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung bzw. über die von Ihnen und Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu entrichtenden Beiträge zur privaten Krankenvollversicherung für Leistungen, die in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach SGB V vergleichbar sind, ergeben. Bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Ehegatten oder Lebenspartner) fügen Sie bitte auch einen Nachweis über die Einkünfte im vergangenen Jahr bei (z. B. Einkommenssteuererklärung).

Erklärung des Beihilfeberechtigten

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den persönlichen Verhältnissen, die zu Veränderungen des Anspruchs auf Pauschale Beihilfe führen können, unverzüglich mitzuteilen. Weiterhin habe ich Beitragsänderungen und Beitragserstattungen sofort anzuzeigen und zu viel gezahlte Beihilfe zurückzuzahlen (vertragliche Leistungen zur Kostenerstattung von privaten Krankenkassen sind hiervon ausgenommen). Für die Entrichtung der Krankenversicherungsbeiträge ist der Versicherungsnehmer allein verantwortlich.

Die Entscheidung für die Pauschale Beihilfe ist **unwiderruflich**. Dies bedeutet, dass ich zukünftig keinen Anspruch auf eine ergänzende Beihilfe zu einzelnen krankheitsbedingten Aufwendungen, in Fällen des nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruchs und der nicht rechtswidrigen Sterilisation, bei Maßnahmen der Früherkennung von Krankheiten und bei Schutzimpfungen nach § 80 Bremisches Beamten-gesetz und der Bremischen Beihilfeverordnung habe. Die Erstattung entsprechender Aufwendungen richtet sich allein nach den Bedingungen meiner Krankenvollversicherung. Bei einem Wechsel aus der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung in ein Versicherungsverhältnis der privaten Krankenversicherung oder umgekehrt oder bei Änderung des Krankenversicherungsumfangs wird die Pauschale höchstens in der vor der Änderung gewährten Höhe gewährt.

Das **Rundschreiben** und das **Merkblatt „Pauschale Beihilfe“** habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Das **Merkblatt „Informationen zum Datenschutz nach der DSGVO – Pauschale Beihilfe“** habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Datum,

Unterschrift

Wenn Sie als Bevollmächtigte/r einen Antrag stellen:

Vollmacht liegt vor | Vollmacht ist beigelegt

Folgende (weitere) Unterlagen sind beigefügt: