

<p style="text-align: center;"><b>Consal Service GmbH Postfach 90 02 54 81502 München</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Nur von der Dienststelle auszufüllen</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 80px; vertical-align: top; padding: 2px;">Eingangsstempel S-GmbH</td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 80px; vertical-align: top; padding: 2px;">Eingangsstempel (Dienststelle)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px; vertical-align: top; padding: 2px;">geleisteter Abschlag</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px; vertical-align: top; padding: 2px;">Buchungskreis/Haushaltsstelle</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>Die Angaben zur Person und die Vollständigkeit des Antrages sind überprüft worden. Der Antragsteller erhält einen / keinen Arbeitgeberzuschuss zur Krankenversicherung.</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small; margin-top: 2px;">Unterschrift Dienststelle</p>	Eingangsstempel S-GmbH	Eingangsstempel (Dienststelle)	geleisteter Abschlag	Buchungskreis/Haushaltsstelle
Eingangsstempel S-GmbH	Eingangsstempel (Dienststelle)				
geleisteter Abschlag	Buchungskreis/Haushaltsstelle				

**Antrag auf Beihilfe**

Beihilfenummer (soweit bekannt)	Arbeitgebernummer	Antragssumme
---------------------------------	-------------------	--------------

**Persönliche Daten Bitte immer ausfüllen!**

Name, Vorname des Beihilfeberechtigten		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	
Telefon tagsüber	Telefon privat	Telefax

**Bankverbindung**

Kontoinhaber	Kreditinstitut
IBAN D E	BIC 

- keine Änderungen seit der letzten Antragstellung (wenn die erneute Antragstellung innerhalb eines Kalenderjahres erfolgt)
- Pflegeleistungen werden geltend gemacht

**1. Antragsteller**

<input type="checkbox"/> Beamter	<input type="checkbox"/> Wissenschaftl. Mitglied	<input type="checkbox"/> Angestellter mit beamt. Versorgung	<input type="checkbox"/> Emeritus	<input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger seit <input style="width: 50px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> auf Widerruf	<input type="checkbox"/> Sonstiger Arbeitnehmer			
Beschäftigungsbeginn	Dienststelle/Personalnummer	<input type="checkbox"/> vollzeitbeschäftigt	<input type="checkbox"/> unbefristet beschäftigt von <input style="width: 50px;" type="text"/> bis <input style="width: 50px;" type="text"/>	
		<input type="checkbox"/> befristet beschäftigt	seit <input style="width: 50px;" type="text"/>	Wo.-Std. oder in Prozent <input style="width: 50px;" type="text"/>
		<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt	seit <input style="width: 50px;" type="text"/>	Wo.-Std. oder in Prozent <input style="width: 50px;" type="text"/>
Bei Teilzeitbeschäftigten: Die Regelarbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt <input style="width: 50px;" type="text"/> Wochenstunden		<input type="checkbox"/> Altersteilzeit	Beschäftigungsverhältnis endet zum <input style="width: 100px;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> in Elternzeit	von <input style="width: 50px;" type="text"/> bis <input style="width: 50px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> mit		
		<input type="checkbox"/> ohne Beschäftigung		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> geschieden
	<input type="checkbox"/> ohne Dienstbezüge beurlaubt	von <input style="width: 50px;" type="text"/> bis <input style="width: 50px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> verwitwet	seit <input style="width: 50px;" type="text"/>
Nur für Versorgungsempfänger bzw. Rentner: Ich beziehe seit <input style="width: 100px;" type="text"/>				
<input type="checkbox"/> Ruhegehalt/Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen		<input type="checkbox"/> Rente	<input type="checkbox"/> Vollwaisengeld	

**2. Ehegatte/eingetragener Lebenspartner**

Name, Vorname des Ehegatten/eingetragener Lebenspartner		Geburtsdatum
Berufstätig in den letzten 12 Monaten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
<input type="checkbox"/> Beamter/Versorg.-Empf./Angest. m. beamtenrechtl. Versorgung	<input type="checkbox"/> Angestellter/Arbeiter	<input type="checkbox"/> Hausfrau/mann
<input type="checkbox"/> in Elternzeit	von <input style="width: 50px;" type="text"/>	bis <input style="width: 50px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> selbst./freiberufl.	<input type="checkbox"/> Rentner	
Arbeitgeber	tätig seit	
Eigener Beihilfeanspruch? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	seit wann <input style="width: 100px;" type="text"/>	Wo.-Std. <input style="width: 50px;" type="text"/>
Teilzeitbeschäftigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners (§ 2 Abs. 3 EStG) lt. Steuerbescheid. Zu den Einkünften gehören Einkünfte aus selbstständiger und nicht selbstständiger Arbeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung, aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieben sowie Einkünfte im Sinne des § 22 Einkommensteuergesetz. Einkünfte aus selbstständiger Arbeit und Gewerbebetriebe, aus Land- und Forstwirtschaft sind der Gewinn, bei den anderen Einkunftsarten der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten.

- |                           |   |  |   |
|---------------------------|---|--|---|
| im Vorvorkalenderjahr     | <input type="checkbox"/> über 17 000 Euro | <input type="checkbox"/> unter 17 000 Euro | <input type="checkbox"/> zwischen 17 000 Euro und 18 000 Euro |
| im laufenden Kalenderjahr | <input type="checkbox"/> über 17 000 Euro | <input type="checkbox"/> unter 17 000 Euro | <input type="checkbox"/> zwischen 17 000 Euro und 18 000 Euro |

**3. Im Familienzuschlag berücksichtigte Kinder, Kinder für die Kindergeldanspruch besteht.**

Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen geltend gemacht werden Vorname, ggf. Familienname, Geburtsdatum	Welche Person (Name) erhält das Kindergeld bzw. den Familienzuschlag?	Art der Ausbildung (Schulausbildung, Berufsausbildung, Studium)	von		bis	
1.						
2.						
3.						
4.						

Wegfall des Kindergeldanspruchs (gilt auch bei Wehr- oder Zivildienst) Vorname  seit

Wiedergewährung Kindergeld nach einer Unterbrechung Vorname  seit

Hat eines der Kinder einen eigenen Beihilfeanspruch? Vorname  seit   
Arbeitgeber

**4. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?**

Personen	Bei gesetzlicher Krankenversicherung			Besteht eine Private Zusatzkrankenversicherung (VS beifügen)	Bei privater Krankenversicherung ▪ Bei erstmaliger Antragstellung bzw. bei Tarifänderung bitte einen Nachweis beifügen					Nicht versichert
	pflicht-versichert	freiwillig versichert	familien-versichert		Ambulant	Stationär	Zahn-behandlung	Zahn-ersatz	Versicherung im Basis- bzw. Standardtarif	
					Prozenttarif	Prozenttarif	Prozenttarif	Prozenttarif		
Antragsteller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegatte/eingetr. Lebenspartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Besteht eine Auslandsreisekostenversicherung?  ja  nein

**5. Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt?** (nur bei freiwilliger oder privater Krankenversicherung)

nein  ja Wer gewährt den Zuschuss?  Arbeitgeber  Rentenversicherungsträger

Antragsteller Höhe des Zuschusses mtl.  Euro seit  Höhe des Beitrags (ohne Anteil Krankenhaustage- und Sterbegeld sowie ohne Beitrag für Pflegeversicherung) mtl.  Euro

Ehegatte/eingetr. Lebenspartner Höhe des Zuschusses mtl.  Euro seit  mtl.  Euro

**6. Haben Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger**

▪ eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?  ja  nein Wer  Wann  Wird eine Rente bezogen?  ja  nein Wer  Wann

▪ einen Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung? (z. B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz) oder erhalten Sie einen weiteren Versorgungsbezug?  nein  ja ▶ **Bitte Nachweis oder Bescheid beifügen.**

**7. Nur ausfüllen bei Arbeitslosigkeit (und daher krankenversicherungspflichtig) einer berücksichtigungsfähigen Person**

Wer war als arbeitslos beim Arbeitsamt gemeldet Vorname, Name  Im Zeitraum von  bis

**8. Nur ausfüllen bei Unfällen** (Ein Unfall ist ein plötzlich auf den Körper einwirkendes Ereignis, das eine Körperschädigung zur Folge hat)  
Verletzte Person

Es handelt sich um  einen Dienstanfall  einen Arbeitsunfall  einen Privatunfall  einen Schulunfall  ein anderes schädigendes Ereignis

Unfalldatum  Liegt ein Fremdverschulden vor?  nein  ja Die Ansprüche werden abgetreten  nein  ja Bei Fremdverschulden kann die Beihilfe nur gegen Abtretung der Schadenersatzansprüche gewährt werden.

Um welche Belege handelt es sich? Beleg-Nr.  **Für die Unfallschilderung und alle notwendigen Angaben bitte ein Zusatzblatt verwenden!**

Adresse der Versicherungsgesellschaft und Schadennummer/Aktenzeichen angeben:

**9. Nur ausfüllen bei Behandlung durch einen Angehörigen**

Die Behandlung wurde durch einen nahen Angehörigen durchgeführt (nahe Angehörige sind Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern und Kinder der behandelten Person).

Name des nahen Angehörigen / Um welche Belegnummern handelt es sich?

**10. Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht werden, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder dauernd eingestellt worden sind**

Um welche Aufwendungen handelt es sich   Nachweis-Versicherungsschein über Ausschluss usw. bitte beifügen

**11. Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen im Ausland entstanden sind**

Aufwendungen sind aus dienstlichem Anlass entstanden  Aufwendungen sind aus privatem Anlass entstanden

Dienstreise von  bis  in (Land)

Besteht eine private Auslandsreisekrankenversicherung?  nein  ja

Abordnung von  bis

**12. Nur auszufüllen bei Aufwendungen für häusliche Pflege**

Name der pflegebedürftigen Person  Name der Pflegeperson  Verwandtschaftsverhältnis

Pflege wird beantragt  Abschlagszahlung für 12 Monate wird beantragt Werden für die Pflegeperson von der Pflegekasse Beiträge an den Rentenversicherungsträger abgeführt  ja  nein

Unterbrechung der Pflege von  bis  Bestätigung der Pflege

**13. Sollten Rückfragen zu einzelnen Rechnungspositionen notwendig sein, bin ich damit einverstanden, dass sich die Beihilfestelle direkt mit dem Rechnungssteller in Verbindung setzt**  ja  nein

**14. Erläuterungen, Hinweise**

**Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.**

**Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen auf die Kosten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe und dass ich verpflichtet bin, die Beihilfe für meinen Ehegatten / Lebenspartner zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe seiner Einkünfte unzutreffend sind oder durch nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (nach Festsetzung des Finanzamts) unzutreffend werden.**

**Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.**

Ort, Datum

Unterschrift des / der Beihilfberechtigten oder der / des Bevollmächtigten   
Vollmacht liegt vor   
Vollmacht liegt bei

