

| | | |
|--|---|---|
| Beihilfeberechtigte Person Name, Vorname | Geburtsdatum/in Sterbefällen Sterbedatum | AZ.: (Org.-Nr./Personalnummer (Zwingend anzugeben!)) |
| Anschrift | | |
| Telefon tagsüber (Angabe freiwillig) | E-Mail-Adresse privat (Angabe freiwillig) | Eingangsstempel |

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

Landesamt für Steuern und Finanzen
 Bezügestelle Dresden
 Referat 339/D - Beihilfe
 Postfach 10 06 55
 01076 Dresden

**Antrag auf
Gewährung von Beihilfe**

Bei erstmaliger Antragstellung oder auf Verlangen der Festsetzungsstelle ist der Antrag vollständig auszufüllen. In Folgeanträgen sind im Übrigen nur die unter den laufenden Nummern 1, 7 bis 13 und 15 verlangten Angaben zu machen. Haben sich keine Änderungen ergeben, kann ein Kurzantrag gestellt werden.

Bei Aufwendungen für dauernde Pflege bitte die Anlage „Pflege“ beifügen.

→ Anlage „Pflege“ ist beigelegt.

Ich bitte um Zusendung eines neuen Vordrucks:

Langantrag

Kurzantrag

Anlage „Pflege“

Antrag Pflegegeld

| 1. | <p>Bei wiederholter Antragstellung:</p> <p>Haben sich seit dem letzten Antrag Änderungen hinsichtlich des Dienstverhältnisses/der Versorgung, der Berücksichtigungsfähigkeit von Ehegattin/Ehegatte/eingetragener Lebenspartnerin/eingetragenen Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (im Folgenden: berücksichtigungsfähige/-r Erwachsene/-r) oder eines Kindes oder Änderungen des Krankenversicherungsschutzes (Fragen 2 bis 6) ergeben?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, bei Frage(n) Nr. _____ <input type="checkbox"/> Nein. Bitte weiter bei Frage 7.</p> <p>Bitte diese Frage(n) vollständig beantworten.</p> | | | | | | | | | |
|-----------|--|--------------------|-----|--------------------|--|--|--|--|--|--|
| 2 | <p>Angaben zum Dienstverhältnis</p> <p><input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter, Richterin/Richter seit: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter auf Widerruf von _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgungsempfängerin/Versorgungsempfänger seit _____</p> <p>Art des Versorgungsanspruches:</p> <p><input type="checkbox"/> Ruhegehalt</p> <p><input type="checkbox"/> Witwengeld</p> <p><input type="checkbox"/> Waisengeld</p> <p><input type="checkbox"/> Unterhaltsbeitrag nach § 41 SächsBeamtVG</p> <p><input type="checkbox"/> Unterhaltsbeitrag nach § 42 SächsBeamtVG</p> <p><input type="checkbox"/> Unterhaltsbeitrag nach § 45 SächsBeamtVG</p> <p style="padding-left: 40px;">Als Witwe/Witwer <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p style="padding-left: 40px;">Als Waise <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Unterhaltsbeitrag nach § 82 Absatz 4 SächsBeamtVG</p> <p style="padding-left: 40px;">Als Witwe/Witwer <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p style="padding-left: 40px;">Als Waise <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> sonstiger Unterhaltsbeitrag</p> <p><input type="checkbox"/> Übergangsgeld</p> <p><input type="checkbox"/> Mitglied des Sächsischen Landtages seit _____ Anspruch auf Leistungen nach § 21 des Abgeordnetengesetzes ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Teilzeit in Elternzeit von _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vollständige Freistellung vom Dienst</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%; text-align: center;">von</th> <th style="width: 33%; text-align: center;">bis</th> <th style="width: 33%; text-align: center;">Grund¹</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>¹ Als Grund kommt beispielsweise in Betracht: Elternzeit, Urlaub ohne Dienstbezüge nach § 98 Abs. 1 Satz 1 SächsBG, Urlaub ohne Dienstbezüge im dienstlichen Interesse, sonstige Freistellung vom Dienst ohne Anspruch auf Besoldung</p> | von | bis | Grund ¹ | | | | | | |
| von | bis | Grund ¹ | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---------------------------------|---|---|
| 3. | Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder | | | | | |
| | Vorname (gegebenenfalls abweichender Familiennamen) | Geburtsdatum | Den Familien- zuschlag er- hält | Wegfall Ja ab | Wiederaufnahme Ja ab | |
| | 1. Kind (K1) | | A <input type="checkbox"/> S ² <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 2. Kind (K2) | | A <input type="checkbox"/> S ² <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 3. Kind (K3) | | A <input type="checkbox"/> S ² <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 4. Kind (K4) | | A <input type="checkbox"/> S ² <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 5. Kind (K5) | | A <input type="checkbox"/> S ² <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ² sonstige Person/anderer Elternteil | | | | | | |
| 4. | Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen³ neben der Beihilfe? | | | | | |
| | Bei Erstantrag bitte vollständig ausfüllen, auch wenn für nachfolgende Personen keine Beihilfe beantragt wird. Ansonsten Änderungen eintragen. Versicherungsschein oder -bescheinigung bei Erstantrag und Änderung beifügen! | | | | | |
| | Versicherte Person | Der Versicherungs- schutz besteht seit | Private Kranken- versicherung | Gesetzliche Krankenversicherung | | |
| | | | | pflicht- | freiwillig | familienversichert bei |
| | Beihilfeberechtigte Person (A) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> |
| | Berücksichtigungsfähige/-r Erwachsene/-r (E) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> |
| | K1 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> |
| | K2 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> |
| | K3 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> |
| | K4 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> |
| K5 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> | |
| ³ berücksichtigungsfähige Personen sind die in Nummer 1 genannten Personen. | | | | | | |
| 5. | Sind Sie oder eine berücksichtigungsfähige Person anderweitig beihilfeberechtigt? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ja, für | | <input type="checkbox"/> Nein | | | |
| | Name, Vorname: | Anspruch | | Gegenüber wem? Ab wann? | | |
| | <input type="checkbox"/> aufgrund des Erhalts von Versorgungsbezügen <input type="checkbox"/> aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst, bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen und so weiter. <input type="checkbox"/> aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses <input type="checkbox"/> als Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> als Beamtin/Beamter/Richterin/Richter | | | | | |
| 6. | Ist eine berücksichtigungsfähige Person bei einer anderen beihilfeberechtigten Person ebenfalls berücksichtigungsfähig? (zum Beispiel eigene Beihilfeberechtigung des anderen Elternteils aus einem eigenen Beamtenverhältnis) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ja, (welche Person) | | <input type="checkbox"/> Nein | | | |
| | Name, Vorname der berücksichtigungsfähigen Person | Name, Vorname der anderen beihilfeberechtigten Person | Wem wurde die Beihilfegewährung zugeordnet? | | Ab wann? | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Bitte ab hier alle Fragen beantworten!

| | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|
| 7. | Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe (zum Beispiel nach Sozialrecht) oder Kostenerstattung (zum Beispiel nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz)? | | |
| <input type="checkbox"/> Ja, für: | | <input type="checkbox"/> Nein | |
| | Name, Vorname | Art des Anspruchs | Höhe des Anspruchs |
| | | | |
| | | | |
| Bitte Aufwendungen kennzeichnen und Nachweise vorlegen. | | | |
| 8. | Besteht eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 11, 11a oder 12 SGB V wegen des Bezugs einer Rente?⁴ | | |
| <input type="checkbox"/> Ja, seit: | | <input type="checkbox"/> Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn nein: | | | |
| Übersteigt die Summe aus dem Gesamtbetrag Ihrer jährlichen Einkünfte (§ 2 Absatz 3 EStG) - hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen - und vergleichbarer ausländischer Einkünfte im Durchschnitt der drei Kalenderjahre vor Leistungserbringung ohne das Witwengeld oder den Unterhaltsbeitrag den Ehegattengrenzbetrag ⁵ ? (Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind von den Brutto-Einkünften die Werbungskosten abzusetzen.) | | | |
| <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein | |
| Wenn nein: Bitte Ihre Einkünfte (ohne das Witwengeld oder den Unterhaltsbeitrag) nach § 2 Absatz 3 EStG für die drei Kalenderjahre vor Leistungserbringung mit dem Formblatt nach Anhang 2 der VwV-SächsBhVO erklären! | | | |
| ⁴ Diese Frage ist nur zu beantworten, wenn Sie als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger mit Anspruch auf Witwengeld oder mit Anspruch auf Unterhaltsbeitrag nach § 45 oder § 82 Abs. 4 SächsBeamtVG als hinterbliebene Witwe/Witwer von früheren Beamten beihilfeberechtigt sind und wenn der Versorgungsfall nach dem 1. Januar 2024 eingetreten ist! Für berücksichtigungsfähige Erwachsene sind Angaben nur bei Frage 9 erforderlich. Im Übrigen ist die Frage auch dann mit ja zu beantworten, wenn Sie einen Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht gestellt haben. | | | |
| ⁵ Zum Ehegattengrenzbetrag wird auf Fußnote 6 zu Frage 9 verwiesen! | | | |
| 9. | Werden Aufwendungen für eine/-n berücksichtigungsfähige/-n Erwachsene/-n geltend gemacht? | | |
| <input type="checkbox"/> Ja, für: | | <input type="checkbox"/> Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag | <input type="checkbox"/> Nein |
| Vorname der/des berücksichtigungsfähigen Erwachsenen und gegebenenfalls abweichender Familienname: | | Geburtsdatum: | |
| <input type="checkbox"/> verheiratet/verpartnert | <input type="checkbox"/> verwitwet | <input type="checkbox"/> rechtskräftig geschieden | seit: |
| Übersteigt der Gesamtbetrag der jährlichen Einkünfte (§ 2 Absatz 3 EStG) - hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen - oder vergleichbare ausländische Einkünfte der/des nicht selbst beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähigen Erwachsenen im Durchschnitt der drei Kalenderjahre vor Leistungserbringung den Ehegattengrenzbetrag ⁶ . (Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind von den Brutto-Einkünften die Werbungskosten abzusetzen.) | | | |
| <input type="checkbox"/> Ja | | <input type="checkbox"/> Nein | |
| Wenn nein: Bitte die Einkünfte nach § 2 Absatz 3 EStG der/des berücksichtigungsfähigen Erwachsenen für die drei Kalenderjahre vor Leistungserbringung mit dem Formblatt nach Anhang 2 der VwV-SächsBhVO erklären und nachfolgende Frage beantworten! | | | |
| Besteht eine Versicherungspflicht der/des berücksichtigungsfähigen Erwachsenen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 11, 11a oder 12 SGB V wegen des Bezugs einer Rente? ⁷ | | | |
| <input type="checkbox"/> Ja, seit: | | <input type="checkbox"/> Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag | <input type="checkbox"/> Nein |
| ⁶ Der Ehegattengrenzbetrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Grundgehaltssätze nach § 19 des Sächsischen Besoldungsgesetzes. Die Erhöhung tritt mit Wirkung zum 1. Januar des zweiten Jahres ein, das dem Jahr der Erhöhung des Grundgehaltes folgt. Im Jahr 2024 beträgt der Ehegattengrenzbetrag 18 504 Euro. Dieser ist für den gesamten maßgeblichen Dreijahreszeitraum zu Grunde zu legen. Künftige Erhöhungen sind zu beachten. | | | |
| ⁷ Diese Frage ist auch dann mit ja zu beantworten, wenn diese oder dieser einen Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht gestellt hat. | | | |

| | | | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|--|---|
| 10. | Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis? (Ein Unfall ist ein plötzliches, unfreiwilliges und von außen einwirkendes Ereignis bei dem eine Person einen Schaden erleidet.) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag | | <input type="checkbox"/> Nein | |
| | Unfalldatum: | <input type="checkbox"/> Dienstunfall | <input type="checkbox"/> Schulunfall | <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall | <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall |
| | Unfallschilderung (gegebenenfalls Beiblatt verwenden, Belege bitte kennzeichnen): | | | | |
| Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung beziehungsweise kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? Hierzu gehören auch Ansprüche gegen Schulträger (Unfallkasse), Sportvereine und so weiter. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ja, gegen (Name, Anschrift der erstattungspflichtigen Person/des Kostenträgers, Versicherungsnummer, Aktenzeichen): | | | <input type="checkbox"/> Nein | | |
| 11. | Werden Aufwendungen geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind? (zum Beispiel Ausschluss von Vorerkrankungen) | | | <input type="checkbox"/> Nein | |
| <input type="checkbox"/> Ja. Bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen! | | | | | |
| 12. | Ich beantrage die Geburtspauschale | | | <input type="checkbox"/> Nein | |
| <input type="checkbox"/> Ja. Bitte Geburtsurkunde in Kopie beifügen! | | | | | |
| 13. | Auszahlung der Beihilfe | | | <input type="checkbox"/> Nein | |
| Ich habe für die beantragte Beihilfe einen Abschlag erhalten | | <input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von _____ Euro | | | |
| Die Beihilfe wird auf das Bezügekonto der beihilfeberechtigten Person überwiesen. Eine Überweisung an eine dritte Person ist nur im Ausnahmefall und unter Angabe von Gründen möglich. Gegebenenfalls Empfänger, Bankverbindung und Begründung auf einem gesonderten Blatt beifügen. Eine Auszahlung an mehrere Empfänger ist nicht möglich. | | | | | |
| 14. | Datenschutzhinweis gemäß Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung | | | | |
| Ihre Daten werden vom Landesamt für Steuern und Finanzen zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html (Bereich Beihilfe) abrufen. Die behördliche Datenschutzbeauftragte oder den behördlichen Datenschutzbeauftragten des Landesamtes für Steuern und Finanzen erreichen Sie unter: Landesamt für Steuern und Finanzen, Behördliche/-r Datenschutzbeauftragte/-r, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de . | | | | | |

Zusammenstellung der Aufwendungen

Die Vorlage der Zusammenstellung bleibt Ihnen freigestellt.

| | |
|--|-----|
| Zum Beihilfeantrag von (beihilfeberechtigte Person) | vom |
| Hinweise: Bitte ordnen Sie die Einträge und Belege nach Personen und Datum chronologisch. A = Antragsteller/-in, E = berücksichtigungsfähige/-r Erwachsene/-r, K = Kind | |

| Nr. | A, E, K | Vorname des Kindes | Rechnungsdatum | Betrag in Euro |
|---------------------|---------|--------------------|----------------|----------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| Gesamtbetrag | | | | |