

| | | | | | | | | |
|-----------|--|--|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--|
| 4. | Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen? 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 Versicherungsschutz besteht seit | Private Krankenversicherung | | | Gesetzliche Krankenversicherung | | Zusatzversicherung ² Ja (Art bitte angeben) |
| | | | Normaltarif | Basistarif | Standardtarif | pflicht- | freiwillig | familienversichert bei |
| | Antragsteller (A) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | E/L <input type="checkbox"/> |
| | Ehegatte (E) Lebenspartner (L) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> |
| | 1. Kind (K1) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/> |
| | 2. Kind (K2) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/> |
| | 3. Kind (K3) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/> |
| | 4. Kind (K4) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/> |
| | 5. Kind (K5) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/> |
| | ² Zusatzversicherungen sind zum Beispiel Zusatztarife für Zahnbehandlungen, Sehhilfen, Ausland, Beihilfeergänzungen; nicht anzugeben sind zum Beispiel Kranken(haus)tagegeldversicherungen. Art der Zusatzversicherung für Person (zum Beispiel A, K1) _____ _____ | | | | | | | |
| 5. | Besteht für Sie oder einen Ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine anderweitige Beihilfeberechtigung? | | | | | | | |
| | <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 Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> als Beamter | | | | | | |
| 6. | Ist ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger bei einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig? (zum Beispiel eigene Beihilfeberechtigung des anderen Elternteils) | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ja, (welche Person) | | | | | | <input type="checkbox"/> Nein | |
| | Name, Vorname | 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)?

Ja, für: Nein

| Name, Vorname | Art des Anspruchs | Höhe des Anspruchs |
|---------------|-------------------|--------------------|
| | | |
| | | |

Bitte Aufwendungen kennzeichnen und Nachweise vorlegen.

8. Werden Aufwendungen für den Ehegatten oder Lebenspartner geltend gemacht?

Ja, für: Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag Nein

| | | | |
|--|------------------------------------|---|-------|
| Vorname des Ehegatten/Lebenspartners und gegebenenfalls abweichender Familienname: | | Geburtsdatum: | |
| <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> verwitwet | <input type="checkbox"/> rechtskräftig geschieden | seit: |

Übersteigt der Gesamtbetrag der jährlichen Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) - hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen - des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten/Lebenspartners oder vergleichbare ausländische Einkünfte im Durchschnitt der drei Kalenderjahre vor Leistungserbringung 18 000 EUR?³ (Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind von den Brutto-Einkünften die Werbungskosten abzusetzen.)

Ja Nein

Bitte Formblatt „Erklärung der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG für den Ehegatten oder Lebenspartner“ (Anhang 2 der VwV-SächsBhVO) für die drei Kalenderjahre vor Leistungserbringung ausfüllen und mit vorlegen!

³ Für bis zum 31. Dezember 2013 entstandene Aufwendungen ist für die Ermittlung der Einkünfte das Vorvorkalenderjahr vor der Antragstellung maßgebend.

9. 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.)

Ja Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag 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.

Ja, gegen (Name, Anschrift des Erstattungspflichtigen/Kostenträgers, Versicherungsnummer, Aktenzeichen): Nein

Zusammenstellung der Aufwendungen

Die Vorlage der Zusammenstellung bleibt Ihnen freigestellt.

| | |
|---|-----|
| Zum Beihilfeantrag von Frau /Herrn | vom |
| Hinweise: Bitte ordnen Sie die Einträge und Belege nach Personen und Datum chronologisch. A = Antragsteller, E = Ehegatte, L = Lebenspartner, K = Kind | |

| Nr. | A, E, L, K | Vorname des Kindes | Rechnungsdatum | Betrag in EUR |
|---------------------|------------|--------------------|----------------|---------------|
| 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 | | | | |