

Beihilfeberechtigte Person Name, Vorname	Geburtsdatum	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 pauschale Beihilfe
 nach § 80a des
 Sächsischen Beamtengesetzes**

1.	Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen¹?					
	Versicherte Person (bitte Namen angeben)	Name der Krankenkasse/ Krankenversicherung	Private Krankenversicherung (Umfang 100 %)	Gesetzliche Krankenversicherung		
				pflicht-	freiwillig	familien- versichert 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"/>
	Kind 1:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
	Kind 2:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
	Kind 3:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
Kind 4:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
Kind 5:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
¹ Berücksichtigungsfähige Angehörige sind die Ehegattin/der Ehegatte/die eingetragene Lebenspartnerin/der eingetragene Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes der beihilfeberechtigten Person (berücksichtigungsfähige/-r Erwachsene/-r) und die im Familienzuschlag der beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähigen Kinder (berücksichtigungsfähige Kinder).						
2.	Einkommen bei berücksichtigungsfähigen Erwachsenen (nur auszufüllen, wenn für diese auch pauschale Beihilfe beantragt wird)					
	Übersteigt die Summe aus dem Gesamtbetrag der jährlichen Einkünfte (§ 2 Absatz 3 EStG) - hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen - und vergleichbarer ausländischer Einkünfte der/des nicht selbst beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähigen Erwachsenen im Durchschnitt der drei Kalenderjahre vor Leistungserbringung den Ehegattengrenzbetrag ² ?					
	<input type="checkbox"/> Ja ³			<input type="checkbox"/> Nein		
Wenn nein: Bitte die Einkünfte nach § 2 Absatz 3 EStG der/des berücksichtigungsfähigen Erwachsenen mit dem Formblatt nach Anhang 2 der VwV-SächsBhVO erklären!						
² 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. Bitte beachten Sie besonders: Pauschale Beihilfe für berücksichtigungsfähige Erwachsene wird nur für die Jahre gewährt, in denen der Ehegattengrenzbetrag im Durchschnitt der letzten drei Kalenderjahre nicht überschritten wird. Dies ist nachzuweisen!						
³ In diesem Falle besteht kein Anspruch auf Beihilfe für den berücksichtigungsfähigen Erwachsenen. Es sind deshalb bei den Fragen 3 und 4 keine Angaben notwendig.						

3.	Angaben zur Höhe des Krankenversicherungsbeitrages				
	Versicherte Person	Höhe des monatlichen Beitrags zur Krankenversicherung (in Euro)		Bescheinigung/ Versicherungsschein	
	Beihilfeberechtigte Person (A)			<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	Berücksichtigungsfähige/-r Erwachsene/-r (E)			<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	Kind 1			<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	Kind 2			<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	Kind 3			<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	Kind 4			<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	Kind 5			<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
4.	Angaben zur Tragung von Beiträgen/Beitragsanteilen durch Dritte⁴				
	Versicherte Person	Werden Beiträge/Beitragsanteile durch Dritte übernommen?		Höhe des übernommenen monatlichen Beitrags/Beitragsanteils	
				Monatliche Höhe (in Euro)	Nachweis
	Beihilfeberechtigte Person (A)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	Berücksichtigungsfähige/-r Erwachsene/-r (E)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	Kind 1	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	Kind 2	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	Kind 3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	Kind 4	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Kind 5	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	
⁴ Anzugeben sind Beiträge eines Arbeitgebers oder eines Sozialleistungsträgers zur Krankenversicherung oder ein Anspruch auf Zuschuss zum Beitrag zur Krankenversicherung auf Grund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses.					
5.	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 Datenschutz-beauftragten 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 .					
6.	Erklärung				
Ich beantrage die Gewährung einer pauschalen Beihilfe nach § 80a des Sächsischen Beamtengesetzes. Ich verzichte damit für mich (ausgenommen: Beamtinnen und Beamte mit Anspruch auf Heilfürsorge nach § 135 des Sächsischen Beamtengesetzes) und meine berücksichtigungsfähigen Angehörigen unwiderruflich auf die aufwendungsbezogene und ergänzende Beihilfe nach § 80 des Sächsischen Beamtengesetzes. Die Hinweise zur pauschalen Beihilfe, eingestellt auf der Internetseite des Landesamtes für Steuern und Finanzen (https://www.lsf.sachsen.de/beihilfe.html), habe ich gelesen und verstanden.					
Ich _____ beantrage die Gewährung der pauschalen Beihilfe ab dem 01. _____ ⁵ .					
⁵ Frühestens wird pauschale Beihilfe ab dem ersten Tag des Monats, der auf den Eingang des Antrags bei der Festsetzungsstelle für die Beihilfe folgt, gewährt.					
Ort, Datum			Unterschrift der beihilfeberechtigten Person		