

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

### Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

Landesamt für Steuern und Finanzen  
Postfach 54 06  
97004 Würzburg

### 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.	<b>Bei wiederholter Antragstellung:</b> <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. _____ Bitte diese Frage(n) vollständig beantworten.                   <input type="checkbox"/> Nein. Bitte weiter bei Frage 7.</p>													
2	<b>Angaben zum Dienstverhältnis</b> <p><input type="checkbox"/> Beamte/r, Richter/in seit: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Beamte/r auf Widerruf von _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in/Versorgungsempfänger seit _____</p> <p>Art des Versorgungsanspruches:</p> <p><input type="checkbox"/> Ruhegehalt  <input type="checkbox"/> Witwengeld  <input type="checkbox"/> Waisengeld  <input type="checkbox"/> Unterhaltsbeitrag nach § 41 SächsBeamtVG  <input type="checkbox"/> Unterhaltsbeitrag nach § 42 SächsBeamtVG  <input type="checkbox"/> Unterhaltsbeitrag nach § 45 SächsBeamtVG            Als Witwe/Witwer      <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein            Als Waise                <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Unterhaltsbeitrag nach § 82 Absatz 4 SächsBeamtVG            Als Witwe/Witwer      <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein            Als Waise                <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> sonstiger Unterhaltsbeitrag  <input type="checkbox"/> Übergangsgeld</p> <p><input type="checkbox"/> Mitglied des Sächsischen Landtages seit _____</p> <p><input type="checkbox"/> Teilzeit in Elternzeit von _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vollständige Freistellung vom Dienst</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">von</td> <td style="width: 33%;">bis</td> <td style="width: 33%;">Grund<sup>1</sup></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">Anspruch auf Leistungen nach § 21 des Abgeordnetengesetzes ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>		von	bis	Grund <sup>1</sup>									
von	bis	Grund <sup>1</sup>												

<sup>1</sup> 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

3.	<b>Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder</b>					
	Vorname (gegebenenfalls abweichender Familiennname)	Geburtsdatum	Den Familienzuschlag erhält	Wegfall Ja ab	Wiederaufnahme Ja ab	
	1. Kind (K1)		A <input type="checkbox"/> S <sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2. Kind (K2)		A <input type="checkbox"/> S <sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3. Kind (K3)		A <input type="checkbox"/> S <sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	4. Kind (K4)		A <input type="checkbox"/> S <sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Kind (K5)		A <input type="checkbox"/> S <sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<sup>2</sup> sonstige Person/anderer Elternteil						
4.	<b>Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen<sup>3</sup> neben der Beihilfe?</b> 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		
				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"/>
<sup>3</sup> berücksichtigungsfähige Personen sind die in Nummer 1 genannten Personen.						
5.	<b>Sind Sie oder eine berücksichtigungsfähige Person anderweitig beihilfeberechtigt?</b>					
	<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.	<b>Ist eine berücksichtigungsfähige Person bei einer anderen beihilfeberechtigten Person ebenfalls berücksichtigungsfähig? (zum Beispiel eigene Beihilfeberechtigung des anderen Elternteils aus einem eigenen Beamtenverhältnis)</b>					
	<input type="checkbox"/> Ja, (welche Person)		<input type="checkbox"/> Nein			
	Name, Vorname der berücksichtigungsfähigen Person	Name, Vorname der anderen beihilfeberechtigten Person	Wem wurde die Beihilfegegawährung zugeordnet?		Ab wann?	

**Bitte ab hier alle Fragen beantworten!**

7.	<p><b>Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe (zum Beispiel nach Sozialrecht) oder Kostenerstattung (zum Beispiel nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, für: _____ <input type="checkbox"/> Nein</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 2px;">Name, Vorname</th> <th style="text-align: center; padding: 2px;">Art des Anspruchs</th> <th style="text-align: center; padding: 2px;">Höhe des Anspruchs</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> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p><b>Bitte Aufwendungen kennzeichnen und Nachweise vorlegen.</b></p>			Name, Vorname	Art des Anspruchs	Höhe des Anspruchs									
Name, Vorname	Art des Anspruchs	Höhe des Anspruchs													
8.	<p><b>Besteht eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 11, 11a oder 12 SGB V wegen des Bezugs einer Rente?</b><sup>4</sup></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, seit: _____ <input type="checkbox"/> Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>Wenn nein:</b> 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<sup>5</sup>? (Bei Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit sind von den Brutto-Einkünften die Werbungskosten abzusetzen.)</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>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!</b></p> <p><sup>4</sup> 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.</p> <p><sup>5</sup> Zum Ehegattengrenzbetrag wird auf Fußnote 6 zu Frage 9 verwiesen!</p>														
9.	<p><b>Werden Aufwendungen für eine/-n berücksichtigungsfähige/-n Erwachsene/-n geltend gemacht?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, für: _____ <input type="checkbox"/> Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag <input type="checkbox"/> Nein</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Vorname der/des berücksichtigungsfähigen Erwachsenen und gegebenenfalls abweichender Familiennname:</td> <td style="width: 50%;">Geburtsdatum:</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> verheiratet/verpartnert <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> rechtskräftig geschieden seit: _____</p> <p>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<sup>6</sup>. (Bei Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit sind von den Brutto-Einkünften die Werbungskosten abzusetzen.)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>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!</b></p> <p>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?<sup>7</sup></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, seit: _____ <input type="checkbox"/> Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag <input type="checkbox"/> Nein</p>			Vorname der/des berücksichtigungsfähigen Erwachsenen und gegebenenfalls abweichender Familiennname:	Geburtsdatum:										
Vorname der/des berücksichtigungsfähigen Erwachsenen und gegebenenfalls abweichender Familiennname:	Geburtsdatum:														
	<p><sup>6</sup> 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.</p> <p><sup>7</sup> Diese Frage ist auch dann mit ja zu beantworten, wenn diese oder dieser einen Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht gestellt hat.</p>														

10.	<p><b>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.)</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Ja</td> <td style="width: 50%; padding: 5px; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag</td> <td style="width: 25%; padding: 5px; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> </table> <p>Unfalldatum: <input type="checkbox"/> Dienstunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall</p> <p>Unfallschilderung (gegebenenfalls Beiblatt verwenden, Belege bitte kennzeichnen):</p>					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag	<input type="checkbox"/> Nein						
<p>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.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 75%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Ja, gegen (Name, Anschrift der erstattungspflichtigen Person/des Kostenträgers, Versicherungsnummer, Aktenzeichen):</td> <td style="width: 25%; padding: 5px; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> Ja, gegen (Name, Anschrift der erstattungspflichtigen Person/des Kostenträgers, Versicherungsnummer, Aktenzeichen):	<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja, gegen (Name, Anschrift der erstattungspflichtigen Person/des Kostenträgers, Versicherungsnummer, Aktenzeichen):	<input type="checkbox"/> Nein							
11.	<p><b>Werden Aufwendungen geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind? (zum Beispiel Ausschluss von Vorerkrankungen)</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 75%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Ja. Bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen!</td> <td style="width: 25%; padding: 5px; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Ja. Bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen!	<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja. Bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen!	<input type="checkbox"/> Nein							
12.	<p><b>Ich beantrage die Geburtspauschale</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 75%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Ja. Bitte Geburtsurkunde in Kopie beifügen!</td> <td style="width: 25%; padding: 5px; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Ja. Bitte Geburtsurkunde in Kopie beifügen!	<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja. Bitte Geburtsurkunde in Kopie beifügen!	<input type="checkbox"/> Nein							
13.	<p><b>Auszahlung der Beihilfe</b></p> <p>Ich habe für die beantragte Beihilfe einen Abschlag erhalten <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von _____ Euro</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> </table></p> <p>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.</p>					<input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von _____ Euro	<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von _____ Euro	<input type="checkbox"/> Nein							
14.	<p><b>Datenschutzhinweis gemäß Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung</b></p> <p>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 <a href="http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html">http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html</a> (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: <a href="mailto:Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de">Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de</a>.</p>							

<b>15.</b>	<p><b>Erklärung</b></p> <p>Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechnung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt. Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigefügt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.</p> <p>Stehen die Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis (siehe Nummer 9), bin ich mit der Weitergabe der Daten an die Rechtsabteilung des Landesamtes für Steuern und Finanzen zur Geltendmachung der Regressansprüche einverstanden.</p> <p><b>Gesamtbetrag der beantragten Aufwendungen:</b> _____ Euro</p> <p><b>Anzahl der beigefügten Belege:</b> _____</p> <p>Mehrseitige Belege oder Belege mit Anlagen gelten als ein Beleg. Belege bitte nur noch in <b>Kopie</b> vorlegen. Eine Rücksendung der Belege erfolgt nicht!</p>
	<hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Ort, Datum</span> <span>Unterschrift der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person</span> </div> <hr/> <div style="text-align: center;"> <span>Vollmacht</span> <span><input type="checkbox"/> liegt der Festsetzungsstelle vor</span> <span><input type="checkbox"/> ist beigefügt</span> </div>

**- Belege bitte nicht heften, klammern oder aufkleben -**

## 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				
<b>Gesamtbetrag</b>				