

Antrag auf Beihilfe

Aktenzeichen - 8-stellig mit führenden Nullen

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt
Beihilfeumlagekasse
Carl-Miller-Str. 7
39112 Magdeburg

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer dienstlich/privat (freiwillig)

E-Mailadresse dienstlich/privat (freiwillig)

Die Belege werden gescannt und vernichtet. Bitte keine Originale, sondern gut lesbare Kopien beifügen. Die Kopien nicht klammern oder heften!

Antragsformulare unter: www.kvsa-magdeburg.de

Gesamtbetrag der Aufwendungen: €

Anzahl der Belege:

Hiermit beantrage ich Beihilfe zu den in der Anlage belegten Aufwendungen.
Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder ausfüllen.

☐ Ich beantrage erstmalig Beihilfe. (Bitte den Antrag vollständig ausfüllen.)

☐ Ich habe bereits Beihilfe beantragt, die Beihilfenummer bitte oben eintragen!

Für Geltendmachung von Pflegeaufwendung bitte den **Antrag auf Beihilfe für Pflegeleistung** verwenden.

1. Ergänzende Angaben zum/zur Antragsteller/in

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort/Ortsteil

2. Angaben zu Status und Beschäftigung

☐ keine Änderungen (weiter bei Punkt 3)

☐ Beamtin/Beamter

☐ Dienstordnungsangestellte/r

☐ Tarifbeschäftigte/r

☐ ohne Dienstbezüge beurlaubt vom: bis: (TT|MM|JJJJ)

Name, Vorname der/des Verstorbenen

seit
(TT|MM|JJJJ)

☐ Witwe/Witwer

☐ Anwärter/in

☐ Waise

☐ Versorgungsempfänger/in

Dienststelle oder ehemalige Dienststelle

☐ Elternzeit *3 *10 vom: bis: (TT|MM|JJJJ)

3. Angaben zum Familienstand

☐ keine Änderungen (weiter bei Punkt 4)

☐ ledig (weiter bei Punkt 4) ☐ verheiratet ☐ verpartnert*¹ ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet

seit (TT|MM|JJJJ)

Bitte die folgenden Daten nur ergänzen, wenn Sie verheiratet oder verpartnert*¹ sind (sonst weiter bei Punkt 4).

Name, Vorname Ehegatte/in oder Lebenspartner/in*¹

Geburtsdatum Ehegatte/in oder Lebenspartner/in*¹

Ist diese/r berufstätig?

☐ nein (weiter bei Punkt 4)

☐ ja

Ist diese/r im öffentlichen Dienst beschäftigt?

☐ nein (weiter bei Punkt 4)

☐ ja

Name der Behörde

Berufsbezeichnung (z. B. Beamtin/Beamter, Tarifbeschäftigte/r)

4. Angaben zu berücksichtigungsfähigen Kindern

4.1 Haben Sie für die berücksichtigungsfähigen Kinder einen kindergeldbezogenen Anteil im Familienzuschlag bezogen?

☐ nein (weiter bei Punkt 5) ☐ ja, keine Änderungen (weiter bei Punkt 4.2) ☐ ja, folgende Änderungen (bzw. Erstantrag)

Name, Vorname
des Kindes

Geburtsdatum
des Kindes
(TT|MM|JJJJ)

ich beziehe den
FZ seit*²
(TT|MM|JJJJ)

Wegfall aus
dem FZ ab*²
(TT|MM|JJJJ)

Schüler/in, Student/in,
Auszubildende/r von - bis
(TT|MM|JJJJ)

4.2 Sind Kinder bei einer anderen beihilfeberechtigten Person ebenfalls berücksichtigungsfähig?

☐ nein (weiter bei Punkt 5) ☐ ja, keine Änderungen (weiter bei Punkt 5) ☐ ja, folgende Änderungen (bzw. Erstantrag)

Name, Vorname
des Kindes

Name, Anschrift der Beihilfestelle

berücksichti-
gungsfähig ab
(TT|MM|JJJJ)

5. Angaben zur Beihilfeberechtigung

Besteht für Sie oder eine berücksichtigungsfähige Person eine anderweitige Beihilfeberechtigung?

☐ nein (weiter bei Punkt 6) ☐ ja, keine Änderungen (weiter bei Punkt 6) ☐ ja, folgende Änderungen (bzw. Erstantrag)

Beihilfeberechtigung als	Name, Vorname der/des Beihilfeberechtigten	beihilfe- berechtigt ab (TT MM JJJJ)	Name, Anschrift der Beihilfestelle
☐ Beamtin/Beamter			
☐ Tarifbeschäftigte/r			
☐ Versorgungsempfänger/in			
☐ Abgeordnete/r			

6. Angaben zur Krankenversicherung

6.1 Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen?

☐ keine Änderungen (weiter bei Punkt 6.2) ☐ folgende Änderungen (bzw. Erstantrag)

Person	Beginn/Änderung des Versicherungs- verhältnisses (TT MM JJJJ)	private Kranken- versiche- rung ³	gesetzliche Krankenversicherung ⁴			Zusatztarife ⁹ (z. B. in der gesetzl. Kranken- versicherung)	Heilfürsorge, Krankenhilfe od. Kostenerstat- tungsanspruch ⁵	nicht ver- sichert
			freiwillig versichert	pflicht- versichert	familien- versichert			
Antragsteller/in		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ehegatte/in bzw. Lebenspartner/in ¹		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kind 1		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kind 2		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kind 3		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kind 4		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6.2 Wurden Leistungen aus einer Auslandsreisekrankenversicherung gewährt?

☐ nein (weiter bei Punkt 6.3) ☐ ja (Bitte Nachweis in Kopie beifügen.)

7. Angaben zu den Aufwendungen

7.1 Werden Aufwendungen für die/den nicht selbst beihilfeberechtigte/n Ehegatten/in bzw. die/den nicht selbst beihilfeberechtigte/n Lebenspartner/in¹ geltend gemacht?⁶

☐ nein (weiter bei Punkt 7.2) ☐ ja, keine Änderungen (weiter bei Punkt 7.2) ☐ ja, folgende Änderungen (bzw. Erstantrag)

Hatte/hat Ihr/e Ehegatte/in bzw. Ihr/e Lebenspartner/in* 1 Einkünfte (Gesamtbetrag der Einkünfte lt. Steuerbescheid mit allen Einkunftsarten) gemäß § 2 Abs. 3 und 5a EStG von über 20.000 Euro?

- im vorletzten Kalenderjahr ☐ ja ☐ nein
- voraussichtlich im lfd. Kalenderjahr ☐ ja ☐ nein

Bitte Steuerbescheid des vorletzten Kalenderjahres in Kopie beilegen. Nicht das Einkommen der/des Ehegatten/in bzw. der/des Lebenspartners/in*1 betreffende Angaben können geschwärzt werden.

7.2 Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis?⁷

☐ nein (weiter bei Punkt 7.3) ☐ ja [Bitte vervollständigen Sie und füllen bei Erstantrag oder Änderungsmeldung ergänzend den Vordruck „Unfallmeldung“ aus. (Vordruck unter www.kvsa-magdeburg.de)]

Unfalldatum: (TT|MM|JJJJ)

Rechnungsdatum: (TT|MM|JJJJ)

Betrag: €

7.3 Werden Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen individuell ausgeschlossen oder eingestellt worden sind, geltend gemacht?

☐ nein (weiter bei Punkt 8) ☐ ja, folgende Aufwendungen*⁸

Rechnungsdatum: _____ (TT|MM|JJJJ) Betrag: _____ €

8. Auszahlung der Beihilfe

8.1 Haben Sie auf die hiermit beantragte Beihilfe bereits einen Abschlag erhalten?

☐ nein ☐ ja, um: _____ (TT|MM|JJJJ) in Höhe von: _____ €

8.2 Auf welches Konto soll die Überweisung erfolgen?

☐ mein Ihnen bekanntes Konto ☐ folgendes Konto:

IBAN (max. 34 Stellen)

BIC (max. 11 Stellen)

Name des Geldinstituts

Name Kontoinhaber/in (falls abweichend von dem/der Antragsteller/in)

9. Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Ich versichere nach bestem Wissen die Richtigkeit meiner Angaben. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen und Leistungen aus Zusatztarifen*⁹ für die geltend gemachten Aufwendungen werde ich dem Kommunalen Versorgungsverband Sachsen-Anhalt anzeigen.

X

Ort, Datum

X

Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten

X

Unterschrift der/des Bevollmächtigten

☐ Vollmacht liegt vor ☐ Vollmacht liegt bei

Allgemeine Hinweise und Informationen

- *1 Als Lebenspartner/innen gelten nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz nur eingetragene Lebenspartner/innen.
- *2 Bei Änderungen zum Familienzuschlag bitte Nachweis beifügen.
- *3 Bei erstmaliger Beantragung und bei Änderung des Versicherungsumfangs ist grundsätzlich ein Nachweis des Krankenversicherungsschutzes in Form einer Kopie des aktuellen Versicherungsscheines (nicht älter als 5 Jahre) notwendig.
- *4 Zu den gesetzlichen Krankenversicherungen gehören z. B. AOK, BKK, Ersatzkassen und knappschaftliche Krankenversicherung. Sofern Aufwendungen für eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person geltend gemacht werden, fügen Sie bitte eine Bescheinigung über die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenkasse bei, aus der der Versicherungsbeginn und der Versicherungsstatus ersichtlich ist.
- *5 Ein Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung kann z. B. nach Beamtenrecht (insbesondere als Folge eines Dienstunfalls) oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen bestehen. Sofern Aufwendungen für eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person geltend gemacht werden, fügen Sie bitte einen Nachweis oder Bescheid über den Grundanspruch bei.
- *6 Wenn Aufwendungen für die nicht selbst beihilfeberechtigte Ehegattin/Lebenspartnerin bzw. den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten/Lebenspartner geltend gemacht werden, ist dem Antrag als Nachweis des Jahreseinkommens aus dem vorletzten Kalenderjahr der Einkommensteuerbescheid beizufügen.*
- *7 Bitte fügen Sie eine aussagefähige Unfallschilderung bei (ggf. Kopie der Unfallschilderung für die Krankenversicherung).
- *8 Bitte Nachweis-/Versicherungsschein über Ausschluss usw. beifügen, soweit noch nicht beim KVSA vorliegend.
- *9 Als Zusatztarife gelten Pflegekostenversicherung, Ergänzungstarife zur gesetzlichen Krankenversicherung, Auslands-/Reiseversicherungen o.ä. Das Bestehen einer Auslands-/Reiseversicherung ist immer dann anzugeben, wenn Auslandsaufwendungen geltend gemacht werden. Nicht anzugeben sind Krankenhaustagegeld, Pflegezusatzversicherungen und Beihilfeergänzungstarife.
- *10 Bitte fügen Sie den Nachweis über die Bewilligung der Elternzeit bei.

Hinweise zum Datenschutz

Zur Erfüllung der dem KVSA übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet. Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten finden Sie auf der Internetseite <https://www.kvsa-magdeburg.de/datenschutz>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gerne per Post zu.

