

Elternzeit *3 *10

KOMMUNALER VERSORGUNGSVERBAND SACHSEN-ANHALT

KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS MIT SITZ IN MAGDEBURG

Antrag auf Beihilfe Aktenzeichen - 8-stellig mit führenden Nullen Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt Name. Vorname Beihilfeumlagekasse Carl-Miller-Str. 7 Geburtsdatum 39112 Magdeburg 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 Tarifbeschäftigte/r Dienstordnungsangestellte/r ohne Dienstbezüge beurlaubt vom: (TT|MM|JJJJ) bis: seit Name, Vorname der/des Verstorbenen (TT|MM|JJJJ) Witwe/Witwer Anwärter/in Waise Versorgungsempfänger/in Dienststelle oder ehemalige Dienststelle

bis:

(TT|MM|JJJJ)

3. Angaben zum Familienstand						
keine Änderungen (weiter bei Punkt	4)					
ledig (weiter bei Punkt 4)	verheiratet ve	erpartnert*1 g	etrennt lebend	geschieden verwitwet		
seit (TT MI	N JJJ)					
Bitte die folgenden Daten nur ergänzen, wenn Sie verheiratet oder verpartnert* sind (sonst weiter bei Punkt 4).						
Name, Vorname Ehegatte/in oder Leben	spartner/in ^{* 1}	Gebu	rtsdatum Ehegatte/	in oder Lebenspartner/in ^{* 1}		
Ist diese/r berufstätig?	nein (we	eiter bei Punkt 4)	ja			
Ist diese/r im öffentlichen Dienst beschäf	tigt? nein (we	eiter bei Punkt 4)	ja			
Name der Behörde		Berufsbezeich	nung (z.B. Beamtin/	Beamter, Tarifbeschäftigte/r)		
4. Angaben zu berücksichtigungs	sfähigen Kindern					
4.1 Haben Sie für die berücksichtigun gen?	gsfähigen Kinder ei	nen kindergeldbez	zogenen Anteil im	Familienzuschlag bezo-		
nein (weiter bei Punkt 5) ja, k	eine Änderungen (we	eiter bei Punkt 4.2)	ja, folgende Ä	Anderungen (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 bei	hilfeberechtigten Pe	erson ebenfalls be	rücksichtigungsfä	hig?		
nein (weiter bei Punkt 5) ja, k	eine Änderungen (we	eiter bei Punkt 5)	ja, folgende Ä	Anderungen (bzw. Erstantrag)		
Name, Vorname des Kindes	Name, Anschrift der Beihilfestelle					
5. Angaben zur Beihilfeberechtig	_					
Besteht für Sie oder eine berücksicht	gungsfähige Persor	n eine anderweitig	e Beihilfeberechtig	gung?		
nein (weiter bei Punkt 6) ja, k	eine Änderungen (we	eiter bei Punkt 6)	ja, folgende Ä	Anderungen (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 Krankenv	ersicher	ung						
6.1 Welcher Krankenversich	erungsso	hutz beste	eht für Si	e und Ihre b	erücksich	tigungsfähigen	Angehörigen?	
keine Änderungen (weiter l	oei Punkt (6.2)			f	olgende Änderu	ngen (bzw. Erstant	rag)
Beginn/Änd des Versich verhältniss Person (TT MM JJ.	nerungs- es	private Kranken- versiche- rung ¹³	gesetzl freiwillig versiche		familien-	Zusatztarife*9 (z. B. in der gesetzl. Kranken-	Heilfürsorge, Krankenhilfe od. Kostenerstat- tungsanspruch' ⁵	nicht ver- sichert
Antragsteller/in								
Ehegatte/in bzw. Lebenspartner/in*1 Kind 1 Kind 2 Kind 3 Kind 4								
6.2 Wurden Leistungen aus	einer Aus	landsreise	kranken	versicherun	g gewährt	?		
nein (weiter bei Punkt 6.3)	ja (E	Bitte Nachw	eis in Kop	oie beifügen.))			
7. Angaben zu den Aufwe	ndunger	1						
7.1 Werden Aufwendungen f nicht selbst beihilfebered						atten/in bzw. die	e/den	
nein (weiter bei Punkt 7.2)	ja, k	eine Änder	ungen (w	eiter bei Punl	kt 7.2)	ja, folgende <i>i</i>	Änderungen (bzw. I	Erstantrag)
Hatte/hat Ihr/e Ehegatte/in bzw. It. Steuerbescheid mit allen Einl		-		•	_			
• im vorletzten Kalenderjahr							ja	nein
voraussichtlich im lfd. Kalen	derjahr						ja	nein
Bitte Steuerbescheid des vorlet der/des Lebenspartners/in*1 be		-	-	-		commen der/des	Ehegatten/in bzw.	
7.2 Stehen Aufwendungen ir	n Zusamr	nenhang n	nit einem	Unfall oder	einem an	deren schädige	enden Ereignis?* ⁷	
nein (weiter bei Punkt 7.3)				-		-	er Änderungsmeldu er www.kvsa-magde	
Unfalldatum:		(TT)	MM JJJJ))				
Rechnungsdatum:		(TT	MM JJJJ) [Betrag:		 €	

7.3 Werden Aufwendungen für worden sind, geltend gema	· Krankheiten, für die Versicherungsleistur acht?	igen Individuell ausgeschlos	sen oder eingestellt
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		
nein	ja, um: (T	Г MM JJJJ) in Höhe von: L	€
8.2 Auf welches Konto soll di	ie Überweisung erfolgen?		
mein Ihnen bekanntes Kon	to folgendes Konto:		
IBAN (max. 34 Stellen)	1.1		
BIC (max. 11 Stellen)	Name des Geldinstituts		
Name Kontoinhaber/in (falls ab	weichend von dem/der Antragsteller/in)		
9. Erklärung der Antragste	ellerin/des Antragstellers		
bisher keine Beihilfe beantragt.	ssen die Richtigkeit meiner Angaben. Für die Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnach für die geltend gemachten Aufwendungen we	nlässe sowie außervertragliche	Leistungen und
Х	X	Х	
Ort, Datum	Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten	Unterschrift der/des Bevollr	mächtigten
		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.
- 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.