

<p style="text-align: center;"><b>Consal Service GmbH Postfach 90 02 54 81502 München</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Nur von der Dienststelle auszufüllen</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 80px; vertical-align: top; padding: 2px;">Eingangsstempel S-GmbH</td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 80px; vertical-align: top; padding: 2px;">Eingangsstempel (Dienststelle)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px; vertical-align: top; padding: 2px;">geleiteter Abschlag</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px; vertical-align: top; padding: 2px;">Buchungskreis/Haushaltsstelle</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>Die Angaben zur Person und die Vollständigkeit des Antrages sind überprüft worden. Der Antragsteller erhält einen / keinen Arbeitgeberzuschuss zur Krankenversicherung.</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small; text-align: center;">Unterschrift Dienststelle</p>	Eingangsstempel S-GmbH	Eingangsstempel (Dienststelle)	geleiteter Abschlag	Buchungskreis/Haushaltsstelle
Eingangsstempel S-GmbH	Eingangsstempel (Dienststelle)				
geleiteter Abschlag	Buchungskreis/Haushaltsstelle				

**Antrag auf Beihilfe**

Beihilfenummer (soweit bekannt)	Arbeitgebernummer	Antragssumme
---------------------------------	-------------------	--------------

**Persönliche Daten Bitte immer ausfüllen!**

Name, Vorname des Beihilfberechtigten	Geburtsdatum
---------------------------------------	--------------

Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
--------------------	-------------------

Telefon tagsüber	Telefon privat	Telefax
------------------	----------------	---------

**Bankverbindung**

Kontoinhaber	Kreditinstitut
IBAN	BIC

keine Änderungen seit der letzten Antragstellung (wenn die erneute Antragstellung innerhalb eines Kalenderjahres erfolgt)

Pflegeleistungen werden geltend gemacht

**1. Antragsteller**

Beamter   
  Arbeiter   
  Angestellter mit beamt. Versorgung   
  DO-Angestellter   
  Versorgungsempfänger seit

auf Widerruf   
  Sonstiger Angestellter

Beschäftigungsbeginn	Dienststelle/Personalnummer	<input type="checkbox"/> vollzeitbeschäftigt	<input type="checkbox"/> unbefristet beschäftigt	<input type="checkbox"/> befristet beschäftigt	<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt
----------------------	-----------------------------	--	--	--	--

Bei Teilzeitbeschäftigten:

Die Regelarbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt  Wochenstunden

in Elternzeit   
 von  bis

mit   ohne Beschäftigung   
 Beschäftigungsverhältnis endet zum

ohne Dienstbezüge beurlaubt   
 von  bis

Familienstand   
 ledig   
 verheiratet   
 eingetragene Lebenspartnerschaft   
 geschieden   
 verwitwet   
 seit

Nur für Versorgungsempfänger bzw. Rentner: Ich beziehe  seit

Ruhegehalt/Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen   
 Rente   
 Vollwaisengeld

**Bitte reichen Sie uns nur Kopien bzw. Duplikate ein. Wir geben grundsätzlich keine Belege mehr zurück.  
Wir bitten Sie, keine Heftklammern zu verwenden.**

## 2. Ehegatte/eingetragener Lebenspartner

Name, Vorname des Ehegatten/eingetragener Lebenspartner  Geburtsdatum

Berufstätig in den letzten 12 Monaten?  nein  ja

Beamter/Versorg.-Empf./Angest. m. beamtenrechtl. Versorgung  Angestellter/Arbeiter  Hausfrau/mann  in Elternzeit von  bis

Arbeitgeber  selbst./freiberufl.  Rentner  tätig seit

Eigener Beihilfeanspruch?  nein  ja seit wann  Wo.-Std.

Teilzeitbeschäftigt?  nein  ja

Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners (§ 2 Abs. 3 EStG) lt. Steuerbescheid. Zu den Einkünften gehören Einkünfte aus selbstständiger und nicht selbstständiger Arbeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung, aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieben sowie Einkünfte im Sinne des § 22 Einkommensteuergesetz. Einkünfte aus selbstständiger Arbeit und Gewerbebetriebe, aus Land- und Forstwirtschaft sind der Gewinn, bei den anderen Einkunftsarten der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten.

im Vorvorkalenderjahr  über 20 000 Euro  unter 20 000 Euro  
 im laufenden Kalenderjahr  über 20 000 Euro  unter 20 000 Euro

## 3. Im Familienzuschlag berücksichtigte Kinder, Kinder für die Kindergeldanspruch besteht (auch Kinder, für die nur wegen der Höhe ihrer Einkünfte kein Kindergeld zusteht).

Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen geltend gemacht werden Vorname, ggf. Familienname, Geburtsdatum	Welche Person (Name) erhält das Kindergeld bzw. den Familienzuschlag?	Art der Ausbildung (Schulbildung, Berufsausbildung, Studium)	von		bis	
1.						
2.						
3.						
4.						

Wegfall des Kindergeldanspruchs (gilt auch bei Wehr- oder Zivildienst) Vorname  seit

Wiedergewährung Kindergeld nach einer Unterbrechung Vorname  seit

Hat eines der Kinder einen eigenen Beihilfeanspruch? Vorname  seit   
 Arbeitgeber

## 4. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?

Personen	Bei gesetzlicher Krankenversicherung			Besteht eine Private Zusatzversicherung (VS beifügen)	Bei privater Krankenversicherung				Nicht versichert
	pflicht-versichert	freiwillig versichert	familien-versichert		Bei erstmaliger Antragstellung bzw. bei Tarifänderung bitte einen Nachweis beifügen				
					Ambulant Prozenttarif	Stationär Prozenttarif	Zahn-behandlung Prozenttarif	Zahn-ersatz Prozenttarif	
Antragsteller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegatte/ingetr. Lebenspartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Besteht eine Auslandsreisekostenversicherung?  ja  nein

## 5. Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt? (nur bei freiwilliger oder privater Krankenversicherung)

nein  ja Wer gewährt den Zuschuss?  Arbeitgeber  Rentenversicherungsträger

Antragsteller Höhe des Zuschusses mtl.  Euro seit  Höhe des Beitrags (ohne Anteil Krankenhaustage- und Sterbegeld sowie ohne Beitrag für Pflegeversicherung)

Ehegatte/ingetr. Lebenspartner Höhe des Zuschusses mtl.  Euro seit  mtl.  Euro

## 6. Haben Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger

▪ eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?  ja  nein Wer  Wann

▪ Wird eine Rente bezogen?  ja  nein Wer  Wann

▪ einen Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung? (z. B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz) oder erhalten Sie einen weiteren Versorgungsbezug?  nein  ja ▶ Bitte Nachweis oder Bescheid beifügen.

## 7. Nur ausfüllen bei Arbeitslosigkeit (und daher krankenversicherungspflichtig) einer berücksichtigungsfähigen Person

Wer war als arbeitslos beim Arbeitsamt gemeldet Vorname, Name  Im Zeitraum von  bis

**8. Nur ausfüllen bei Unfällen** (Ein Unfall ist ein plötzlich auf den Körper einwirkendes Ereignis, das eine Körperschädigung zur Folge hat)

Verletzte Person

Es handelt sich um

- einen Dienstoffall       einen Arbeitsunfall       einen Privatunfall       einen Schulunfall       ein anderes schädigendes Ereignis

Unfalldatum       Liegt ein Fremdverschulden vor?  nein  ja  
Die Ansprüche werden abgetreten  nein  ja      Bei Fremdverschulden kann die Beihilfe nur gegen Abtretung der Schadenersatzansprüche gewährt werden.

Um welche Belege handelt es sich?  Beleg-Nr.  **Für die Unfallschilderung und alle notwendigen Angaben bitte ein Zusatzblatt verwenden!**

Adresse der Versicherungsgesellschaft und Schadennummer/Aktenzeichen angeben:

**9. Nur ausfüllen bei Behandlung durch einen Angehörigen**

Die Behandlung wurde durch einen nahen Angehörigen durchgeführt (nahe Angehörige sind Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern und Kinder der behandelten Person).

Name des nahen Angehörigen / Um welche Belegnummern handelt es sich?

**10. Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht werden, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder dauernd eingestellt worden sind**

Um welche Aufwendungen handelt es sich  Beleg-Nummer  Betrag in Euro  Nachweis-Versicherungsschein über Ausschluss usw. bitte beifügen

**11. Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen im Ausland entstanden sind**

- Aufwendungen sind aus dienstlichem Anlass entstanden       Aufwendungen sind aus privatem Anlass entstanden

Dienstreise von  bis  in (Land)

Besteht eine private Auslandsreisekrankenversicherung?  nein  ja

Abordnung von  bis

**12. Nur auszufüllen bei Aufwendungen für häusliche Pflege**

Name der pflegebedürftigen Person  Name der Pflegeperson  Verwandtschaftsverhältnis

- Pflege wird beantragt       Abschlagszahlung für 6 Monate wird beantragt      Werden für die Pflegeperson von der Pflegekasse Beiträge an den Rentenversicherungsträger abgeführt  ja  nein

Unterbrechung der Pflege von  bis  Bestätigung der Pflege  Unterschrift der Pflegeperson

**13. Sollten Rückfragen** zu einzelnen Rechnungspositionen notwendig sein, bin ich damit einverstanden, dass sich die Beihilfestelle direkt mit dem Rechnungssteller in Verbindung setzt  ja  nein

**14. Erläuterungen, Hinweise**

**Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.**

**Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen auf die Kosten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe und dass ich verpflichtet bin, die Beihilfe für meinen Ehegatten / Lebenspartner zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe seiner Einkünfte unzutreffend sind oder durch nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (nach Festsetzung des Finanzamts) unzutreffend werden.**

**Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.**

Ort, Datum

Unterschrift des / der Beihilferechtigten oder der / des Bevollmächtigten   
Vollmacht liegt vor   
Vollmacht liegt bei