

# ANTRAG auf Gewährung einer Beihilfe

(Nicht für Pflegeaufwendungen)

0290 

Landesamt für Zentrale Dienste (LZD)

- Zentrale Beihilfestelle -

Postfach 10 22 44

66022 Saarbrücken

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bitte nicht ausfüllen

Formulare/Informationen erhalten Sie auch im Internet unter [www.zbs.saarland.de](http://www.zbs.saarland.de)

1.	Name, Vorname des Beihilfeberechtigten						Geburtsdatum	
	Anschrift						Telefon	
	(letzte) Dienststelle			8-stellige Personalnummer			im Ruhestand seit	

Die Überweisung erfolgt auf das Bezügekonto. In Ausnahmefällen (z.B. getrennt lebenden Ehegatten/Lebenspartnern) kann die Beihilfe auf ein anderes Konto überwiesen werden. In diesem Fall bitte nachfolgende Zeile ausfüllen.

Kontoinhaber:	IBAN :	BIC:
---------------	--------	------

Höchste Einzelrechnung :

€

**Ich versichere**, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass meine Angaben Grundlagen für die Beihilfegewährung sind und dass ich auch nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sowie weitere Kostenerstattungen sofort der Beihilfestelle schriftlich anzuzeigen habe. Mir ist ebenfalls bekannt, dass ich verpflichtet bin, den Wegfall von Kindergeld bzw. der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag sofort anzuzeigen und die Beihilfe für meine/n Ehegattin/Ehegatten/eingetragene/n Lebenspartner/in zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe der Einkünfte unzutreffend sind oder nachträglich erhöht wurden (z.B. durch Feststellung des Finanzamtes). Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Ort:	Unterschrift der antragstellenden Person	<b>Wichtig!</b>
Datum:		

Bitte immer alle Fragen (1-12) beantworten. Erläuterungen zu den Fragen finden Sie auf Seite 4

2.	Sind Sie Anwärter/in oder Studienreferendar/in?						ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
	Waren oder sind Sie ohne Dienstbezüge beurlaubt?			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	von	bis		
3.	Werden Aufwendungen für den Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner geltend gemacht?						ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
	<b>Bitte Namen und Geburtsdatum nur bei der ersten Antragstellung für den Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner ausfüllen.</b>							
	Name:			Geburtsdatum :				
3.	Übersteigt der Gesamtbetrag der Einkünfte (§2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) Ihres Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners im zweiten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrages den Betrag von 16.000 €?						ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
	<b>Die entsprechenden Angaben ergeben sich aus dem Steuerbescheid - Bitte jährlich einmal beifügen -</b>							
4.	Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich übersteigen?						ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
	Erhalten Sie oder Ihr Ehegatte/eingetragener Lebenspartner einen Zuschuss (z.B. aus einer Rente) oder einen Arbeitgeberanteil zur privaten oder freiwilligen Krankenversicherung? Die entsprechenden Angaben ergeben sich aus dem Rentenbescheid						ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
5.	Wenn ja, wie hoch ist der Zuschuss?						€	
	Werden Aufwendungen im Rahmen eines Todesfalls geltend gemacht?						ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
5.	Name des/der Verstorbenen:			Todesstag:				

6.	Hat sich der Krankenversicherungsschutz geändert (Antragsteller, Ehegatte, Kinder)? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>									
	Bei <b>erstmaliger Antragstellung</b> oder Änderung ist der Beihilfestelle unbedingt ein <b>aktueller Versicherungsnachweis</b> beizufügen.									
		<b>Bitte immer ausfüllen:</b> Besteht für Sie oder Ihre Angehörigen eine sonstige eigene Beihilfeberechtigung?	<b>Nur ausfüllen bei einer Änderung :</b> Bei privater Krankenversicherung: Umfang des Versicherungsschutzes				<b>Nur ausfüllen bei einer Änderung:</b> Bei gesetzlicher Krankenversicherung ist die Kassenleistung auf dem Beleg nachzuweisen.			nicht versichert
			Ambulant	Zahn	Wahlleistung	Festkostentarif	pfl- ver- sichert	freiwillig versichert	familien- versichert	
			bitte Prozentsatz angeben				bitte Zutreffendes ankreuzen			
	Beihilfeberechtigte/r (A)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>								
	Ehegatte/in (E)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>								
	1. Kind Name:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>								
2. Kind Name:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>									
3. Kind Name:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>									
4. Kind Name:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>									
7.	Ist ein/e Angehörige/r bei einem/einer anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>									
	Name:					bei wem?				
8.	Besteht ein Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z.B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz, Berufskrankheit oder auf Grund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen) für Sie oder Ihre Angehörigen betreffend der geltend gemachten Aufwendungen?									
	Wenn ja, bitte Nachweis beifügen und betroffene Belegnummer angeben: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>									
9.	Liegt ein Unfall vor? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>									
	Wenn ja, bitte Unfallschilderung beifügen			Die geltend gemachten unfallbedingten Aufwendungen - Belege-Nr. sind entstanden durch						
				<input type="checkbox"/> Unfall im privaten Bereich	<input type="checkbox"/> einen Dienstudfall	<input type="checkbox"/> einen Arbeitsunfall				
				<input type="checkbox"/> einen Schulunfall	<input type="checkbox"/> einen Kindergartenunfall	<input type="checkbox"/> ein anderes schädigendes Ereignis				
				Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung (z.B. auf Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung oder beamtenrechtlichen Unfallfürsorge)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
			Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<b>Hinweis: Auch in Schadenersatzfällen kann Beihilfe gewährt werden. Ersatzansprüche gehen auf den Dienstherrn über.</b>				
10.	Werden Aufwendungen für Säuglings- und Kleinkinderausstattung geltend gemacht? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>									
	Wird von anderer Seite ein Pauschalbetrag für diesen Geburtsfall gezahlt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>									
11.	Liegt ein individueller Leistungsausschluss Ihrer Krankenversicherung vor? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>									
	Wenn ja, bitte Belegnummern aufführen: Belege-Nr.:									
12.	Wurden Behandlungen durch einen nahen Angehörigen erbracht? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>									
	Wenn ja, bitte Belegnummern aufführen: Belege-Nr.:									

**Bitte stellen Sie bei mehr als 20 Belegen einen separaten Antrag!**

**Sie beschleunigen die Antragsbearbeitung, wenn Sie die Belege zunächst nach Antragsteller, Ehegatte und Kindern sortieren und anschließend nach der Kostenart (ambulante Behandlung, Rezepte etc).**

Beleg Nr.	A=Beihilfeberechtigter E=Eheg./e.Lebensp. Kind=Vorname	Datum der Rechnung	Kostenart (ambulante Behandlung, Rezepte, Hilfsmittel, Krankenhaus, Zahnbehandlung, Sanatorium, ...)	Rechnungsbetrag in € bzw. in der ausgewiesenen Währung	Kostenerstattung von anderer Seite
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
<b>Gesamtbetrag der Aufwendungen</b>				<b>€</b>	

# Erläuterungen

Zu

- Nr.1 Die Beihilfeanträge werden eingescannt. Bitte tragen Sie Ihre Personalnummer gut lesbar ein, ohne dabei die Ränder zu berühren. Bitte verwenden Sie keine Heftklammern, Haftstreifen, Aufkleber etc.  
Der Antrag ist immer eigenhändig zu unterschreiben. Unter Vorlage einer Vollmacht kann auch eine andere Person den Beihilfeantrag für die beihilfeberechtigte Person stellen.
- Nr.3 Werden Aufwendungen für den Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner geltend gemacht, ist die Höhe des Einkommens **jährlich** anhand des Einkommensteuerbescheides des Vorvorjahres nachzuweisen. Hierbei können alle nicht beihilferechtlich relevanten Daten geschwärzt werden.
- Nr.5 Für die im Rahmen von Todesfällen entstehenden Aufwendungen kann u.U. ein Betrag bis zur Höhe von 525 €, bei Kindern bis zur Höhe von 225,50 € als Beihilfe gezahlt werden. Bitte legen Sie hierzu die Rechnung des Bestatters bei.
- Nr.6 Ein eigener Anspruch geht dem Anspruch als berücksichtigungsfähiger Angehöriger vor, auch wenn z.B. Kinder noch im Familienzuschlag berücksichtigt sind.
- Nr.7 Ist ein Angehöriger bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, wird Beihilfe für Aufwendungen dieses Angehörigen jeweils nur einem Beihilfeberechtigten gewährt. Beihilfe zu Aufwendungen für ein Kind, das bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist, wird grundsätzlich demjenigen gewährt, der den Familienzuschlag oder den Auslandskinderzuschlag für dieses Kind bezieht.
- Nr.9 Bei Aufwendungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind, ist **zwingend** eine Unfallschilderung beizufügen. Ferner sind die Belege mit den unfallbedingten Aufwendungen zu kennzeichnen.
- Nr.11 Ein individueller Leistungsausschluss liegt vor, wenn im Versicherungsvertrag für bestimmte Krankheiten Versicherungsleistungen ausgeschlossen sind. Unter gewissen Voraussetzungen erhöht sich in diesen Fällen der Bemessungssatz um 20 v.H., höchstens jedoch auf 90 v.H. (§ 15 Abs. 3 BhVO).
- Nr. 12 Nahe Angehörige sind Ehegatten/eingetragene Lebenspartner, Kinder, Eltern, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Großeltern, Enkel, Schwäger/innen, Schwiegereltern und Geschwister der behandelten Person.

Seite 3 Zur schnelleren Bearbeitung bitten wir Sie, die Belege zunächst nach Antragsteller, Ehegatten und Kinder zu sortieren und sodann eine Untersortierung nach Kostenart vorzunehmen. Bitte tragen Sie die Aufwendungen nach dieser Sortierung auch im Beihilfeantrag ein.

Aus organisatorischen Gründen können **nachgereichte** Rechnungen, Rezepte etc. einem bereits vorliegenden Antrag nicht mehr beigelegt werden, auch wenn dieser noch nicht bearbeitet wurde. Bitte machen Sie diese Aufwendungen mit einem neuen Beihilfeantrag geltend.

Die Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen. Die vom Rechnungsaussteller gefertigten Zweitschriften der Belege sind ausreichend. Aus den Belegen müssen Grund und Höhe der Aufwendungen im Einzelnen ersichtlich und für die Beihilfestelle nachprüfbar sein.

Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn die Aufwendungen innerhalb eines Jahres nach ihrem Entstehen bzw. nach erstmaliger Ausstellung der Rechnung geltend gemacht werden. Maßgebend ist der Antragseingang bei der Beihilfestelle.

Wenn Sie durch Beihilfebescheid aufgefordert werden, eine Unfallschilderung, eine Verordnung etc. nachzureichen, fügen Sie dieser bitte unbedingt die entsprechende Rechnung erneut bei.

### **Datenschutzhinweis gemäß Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung**

Ihre Daten werden von der ZBS zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter [https://www.saarland.de/mfe/DE/portale/zbs/services/datenschutz/datenschutz\\_node.html](https://www.saarland.de/mfe/DE/portale/zbs/services/datenschutz/datenschutz_node.html) abrufen.

Die/ den behördliche/n Datenschutzbeauftragte/n des Landesamtes für Zentrale Dienste, erreichen Sie unter:

Datenschutzbeauftragte Landesamt für Zentrale Dienste,  
Virchowstraße 7,  
66119 Saarbrücken,  
[Datenschutz-LZD@finanzen.saarland.de](mailto:Datenschutz-LZD@finanzen.saarland.de),  
Telefon: 0681/501-2428.