

Antrag auf Beihilfe für Tarifbeschäftigte durch

Name, Vorname, Amts-/Dienstbezeichnung	Datum
Anschrift (Straße, Platz, Haus-Nr., PLZ und Ort)	Telefon (privat/dienstlich)
Dienststelle	Geburtsdatum

**An die
Landeshauptstadt München
Personal- und Organisationsreferat
P 4.3 Beihilfe
80313 München**

▷ Beihilfenummer ◁	
Ohne diese Angabe kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden!	
Gesamtsumme	Anzahl der Belege

Bitte beantworten Sie die folgenden Ziffern, soweit sich gegenüber Ihrem letzten Antrag Änderungen ergeben haben. Beachten Sie bitte, dass einige Fragen unter bestimmten Voraussetzungen zwingend zu beantworten sind.

Allgemeine Hinweise: Bitte beachten Sie welche Unterlagen für die Bearbeitung benötigt werden. Sollten diese nicht vorliegen, kann die Bearbeitung nicht fortgesetzt werden.						
<ul style="list-style-type: none"> Von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung ist bei Zahnarztbelegen der abgerechnete Heil- und Kostenplan der Krankenkasse vorzulegen. Wenn eine Zusatzversicherung abgeschlossen wurde, ist deren Erstattungsmitteilung vorzulegen. Bei privat versicherten Personen mit Selbstbehaltstarifen bzw. die den Krankenkassenzuschuss des Arbeitgebers erhalten, wird die Erstattungsmitteilung der privaten Kasse zwingend benötigt. Bei Mitarbeiter*innen der SWM-GmbH, der Klinikum GmbH und der MünchenStift GmbH benötigen wir die aktuellen Kindergeldbescheide sowie eine Kopie des Gehaltsnachweises für den Behandlungszeitraum. 						
1	Beschäftigt seit <input type="checkbox"/>	Elternzeit (von - bis) <input type="checkbox"/>	familienpolitische Beurlaubung (von - bis) <input type="checkbox"/>	sonstige Beurlaubung (von - bis) <input type="checkbox"/>	Beschäftigung endet am	
	teilleistbeschäftigt seit	Anzahl Wochenstunden	Altersteilzeit seit	Freistellungsphase seit		
	Familienstand			seit	Vorname, Nachname d. Ehegatt*in/Lebenspartner*in	Geburtsdatum
	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft	
<input type="checkbox"/> Ehegatte im öffentlichen Dienst	<input type="checkbox"/> im Beamtenverhältnis / in Beamtenversorgung	Dienstherr / Arbeitgeber		Elternzeit (von - bis)		
2 Kinder der*des Beihilfeberechtigten mit Kindergeldanspruch Bitte geben Sie alle Änderungen an						
Vorname (ggf. auch Familienname)		geboren am	Angabe, ob das Kind eine Schule/Universität besucht, in Ausbildung steht, Freiwilligendienst leistet, arbeitslos ist. Bitte genaue Art der Ausbildung z.B. Lehre, Hochschulstudium, Duales Studium etc. angeben.			
1.						
2.						
3.						
<input type="checkbox"/> Wegfall eines Kindes aus dem Familienzuschlag (FZ)		(Vorname)	ab:			
<input type="checkbox"/> Wiederaufnahme eines Kindes in den FZ nach Unterbrechung		(Vorname)	ab:			
3 Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?						
Personen	Bei privater Krankenversicherung ▶	Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung bitte zwingend einen Nachweis über den Umfang beifügen!		Bei gesetzlicher Krankenversicherung (z.B. AOK, Betriebskrankenkasse oder Ersatzkasse) Evtl. Zusatztarife in links nebenstehender Spalte angeben		
weitere Kinder ggf. Beiblatt verwenden	Krankenkasse	Zusatztarif (z.B. Zahnersatz, Krankenhaus ohne Krankenhaustagegeld)		pflicht-versichert	freiwillig-versichert	
Antragsteller*in		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ehegatt*in *)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1. Kind		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Kind		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Kind		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4	Falls Aufwendungen für Personen geltend gemacht werden, die einen Zuschuss zu Krankenversicherungsbeiträgen (z.B. vom Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger) erhalten:			
	<input type="checkbox"/> Antragsteller*in	<input type="checkbox"/> Ehegatte	<input type="checkbox"/> Kind	lfd. Nr. aus Ziffer 3
	mtl. Höhe in €			
5	Wurden Aufwendungen durch einen Unfall - jegliche Art von Verletzungen - verursacht? Zwingende Angabe, andernfalls kann keine Bearbeitung erfolgen → ggf. Unfallschilderung beifügen.			
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
6	Falls Aufwendungen für Ehegatt*in/Lebenspartner*in ¹⁾ geltend gemacht werden, bitte alle Fragen zwingend beantworten:			
	¹⁾ ist selbst beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		¹⁾ ist berufstätig/selbstständig <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	¹⁾ bezieht Arbeitslosengeld o.ä. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
	Wenn ¹⁾ beihilfeberechtigt, berufstätig oder selbstständig ist, bitte Dienstherr, Arbeitgeber und Berufsbezeichnung angeben:			
	Übersteigen die Einkünfte der*des Ehegatt*in ¹⁾ im vorvergangenem Jahr 20.000,- Euro? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
Übersteigen die Einkünfte der*des Ehegatt*in ¹⁾ im laufenden Jahr 20.000,- Euro? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
<small>Zu den Einkünften im Sinne des § 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz (EStG) gehören: Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb, selbstständiger Arbeit, nichtselbstständiger Arbeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung und sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 EStG. Die Summe dieser Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag und den Ausbildungsplatz-Abzugsbetrag, ist der Gesamtbetrag der Einkünfte, Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbstständiger Arbeit sind der Gewinn, bei den anderen Einkunftsarten der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten.</small>				
7	Falls Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilbehandlung geltend gemacht werden (als nahe Angehörige gelten Ehegatt*in, Lebenspartner*in, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person):			
	Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)?			
8	Falls Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht werden, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind (bitte fügen Sie zwingend Nachweise – Versicherungsschein über Ausschluss – bei):			
	Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)?			Betrag Euro
9	Falls Aufwendungen für stationäre Aufenthalte (z.B. Krankenhaus) geltend gemacht werden:			
	Ist mit den behandelnden Ärzten eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen geschlossen worden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bitte Kopie der Wahlleistungsvereinbarung beilegen.			
<small>Die Vorlage der schriftlichen Wahlleistungsvereinbarungen ist Voraussetzung für die Erstattung von Wahlleistungen im Krankenhaus. Bitte legen Sie uns bei der ersten Einreichung einer Rechnung für eine Krankenhausbehandlung daher alle von Ihnen abgeschlossenen Wahlleistungsvereinbarungen vor. Falls Sie keine schriftliche Vereinbarung abgeschlossen haben, geben Sie bitte die Rechnung an den Aussteller zurück. Ohne unterschriebene Vereinbarung ist er nicht berechtigt, Leistungen in Rechnung zu stellen.</small>				

Ich versichere nach bestem Wissen die **Vollständigkeit** und **Richtigkeit** meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen auf die Kosten sofort der Beihilfestelle anzuzeigen und berichtigte oder stornierte Rechnungen mit einem entsprechenden Hinweis vorzulegen habe.

Beihilfeunterlagen werden gemäß Art. 110 Abs. 2 Satz 2 Bayer. Beamten-gesetz grundsätzlich nicht zurückgegeben. Ihre Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Europ. Datenschutzgrundverordnung i.V.m. Art. 4 Abs. 1 Bayer. Datenschutzgesetz nach geltendem Beihilferecht erhoben und sind für die Festsetzung der Beihilfe erforderlich.

Die Beihilfe soll auf folgendes neue Bezugskonto überwiesen werden:	
IBAN:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC:	Kontoinhaber*in:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anlagen

Unterschrift der*des Beihilfeberechtigten oder ¹⁾ Bevollmächtigten
¹⁾ bitte einmalig bei **Neuantrag** entsprechende **Vollmacht** beilegen.

Ich benötige keine neuen Antragsformulare

Zusammenstellung der Aufwendungen**Anlage zum Beihilfeantrag**

Name	Datum
------	-------

Gesamtsumme aller Aufwendungen:
 €

Achtung: Beihilfen werden nur gewährt, wenn sie spätestens **bis zum Ablauf von drei Jahren**, gerechnet ab dem Rechnungsdatum bzw. dem Kaufdatum eines Medikamentes oder Hilfsmittels, beantragt werden. Maßgebend ist das Eingangsdatum bei der Beihilfestelle oder hilfsweise der Einwurf im Sonderbriefkasten des Rathauses. Bei Belegen mit Rechnungsdatum bzw. Kaufdatum **vor 2020** gilt weiter die **einjährige Antragsfrist**.

Ihr **Beihilfebemessungssatz** kann sich bei Beginn und Ende einer Elternzeit, Geburt eines zweiten Kindes, Wegfall eines Kindes aus dem Familienzuschlag oder Eintritt in den Ruhestand ändern. In diesem Falle ist auch der prozentuale Tarif Ihrer privaten Krankenversicherung anzupassen. Die Beihilfe benötigt dann zwingend eine Bestätigung der Versicherung über den geänderten Tarif. Ohne diese kann der Antrag nicht bearbeitet werden.

Sie helfen uns, die Laufzeit für die Antragssachbearbeitung zu verkürzen, wenn Sie

- Ihren Antrag in einem Fensterkuvert übersenden;
- die Belege nicht einzeln falten, heften oder klammern;
- auf gut lesbare Kopien (insbesondere bei Rezepten) achten und doppelseitiges Kopieren vermeiden.

Antragsteller*in

Beleg-Nr.	Rechnung/Rezept vom (Datum)	Rechnungsbetrag in €
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

Ehegatt*in/Lebenspartner*in

Beleg-Nr.	Rechnung/Rezept vom (Datum)	Rechnungsbetrag in €
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

Für **Kinder** bitte die Rückseite verwenden!

Anlage zum Beihilfeantrag (vom _____)

1. Kind (Vorname: _____)

Beleg-Nr.	Rechnung/Rezept vom (Datum)	Rechnungsbetrag in €
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

2. Kind (Vorname: _____)

Beleg-Nr.	Rechnung/Rezept vom (Datum)	Rechnungsbetrag in €
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

3. Kind (Vorname: _____)

Beleg-Nr.	Rechnung/Rezept vom (Datum)	Rechnungsbetrag in €
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

4. Kind (Vorname: _____)

Beleg-Nr.	Rechnung/Rezept vom (Datum)	Rechnungsbetrag in €
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		