

Bitte vollständig ausfüllen! (Daten bitte dem letzten Beihilfebescheid entnehmen.)			
Beihilfenummer	Beihilfeberechtigte/-r (Name, Vorname) = Antragsteller/-in	Geburtsdatum	Dienstherr/Arbeitgeber
Telefon dienstlich	Telefon privat	E-Mail-Adresse	
Dienststelle			
Privatanschrift (bitte nur beim ersten Antrag oder bei Änderungen angeben.)			
Bei erstmaliger Antragstellung von Witwen/Witwern: Name, Vorname und Geburtsdatum des verstorbenen Ehegatten			Sterbedatum

**Stadt Ingolstadt
Beihilfestelle
81534 München**

**Antrag auf Beihilfen
in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen
nach der Bayer. Beihilfeverordnung (BayBhV)**

Hinweis:
Die Datenerhebung erfolgt aufgrund Art. 96 des Bayer. Beamtengesetzes und der Tarifverträge über die Gewährung von Beihilfen an Beschäftigte.

1.	Sind die Aufwendungen durch eine Verletzung oder einen Unfall entstanden?		
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, die Aufwendungen von Beleg Nr. _____ sind entstanden durch:	Bestehen deswegen Schadensersatzansprüche?	
	<input type="checkbox"/> Dienstunfall <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Freizeitunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> ein sonstiges, schädigendes Ereignis	<input type="checkbox"/> Nein	
	Unfalltag: _____	<input type="checkbox"/> Ja, gegenüber: _____	
Unfallschilderung (bitte ausführliche Unfallschilderung beifügen)!			
2.	Werden Aufwendungen für Ehegatten/Lebenspartner geltend gemacht? Dann bitte ausfüllen!		
	Überstiegen die Einkünfte (§2 Abs. 3 EStG) Ihres Ehegatten/Lebenspartners im zweiten Kalenderjahr vor Stellung des Beihilfeantrags den Betrag von 20.878 €?	Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich übersteigen?	
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
3.	Werden Aufwendungen für einen stationären Krankenhausaufenthalt geltend gemacht?		
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Dabei wurden ärztliche Wahlleistungen (Chefarzt) in Anspruch genommen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Bitte der Klinikrechnung die Wahlleistungsvereinbarung beilegen!			
4.	Werden Aufwendungen geltend gemacht, für die die Krankenversicherung Leistungen ausgeschlossen hat?		
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, siehe Belegnummer _____ (Bitte Versicherungsunterlagen beilegen)		
Bei erstmaliger Antragstellung: Bitte alle Fragen beantworten (auch bei erstmaliger Antragstellung für Angehörigen)			
Bei wiederholter Antragstellung: Haben sich Änderungen bei den nachfolgenden Fragen gegenüber den Angaben im letzten Antrag auf Beihilfe ergeben?			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Bitte Änderung bei der jeweiligen Frage angeben!			
5.	Angaben zur/zum Beihilfeberechtigten = A		
Familienstand (bitte vollständiges Datum angeben):			Name, Vorname und Geburtsdatum des Ehegatten/Lebenspartners:
ledig <input type="checkbox"/>	verheiratet seit: <input type="checkbox"/>	geschieden seit: <input type="checkbox"/>	verwitwet seit: <input type="checkbox"/>
Hat oder hatte Ihr Ehegatte/Lebenspartner in den letzten drei Jahren eine eigene Beihilfeberechtigung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte Frage 8 vollständig ausfüllen)			
Sind Sie anderweitig beihilfeberechtigt oder als Angehöriger berücksichtigungsfähig ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
Beschäftigungsverhältnis des Beihilfeberechtigten:			
<input type="checkbox"/> Anwärterin/Anwärter bis:	<input type="checkbox"/> vollbeschäftigt seit:	<input type="checkbox"/> Elternzeit ab/seit:	
<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter	<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt seit:	Dauer der Elternzeit bis:	
<input type="checkbox"/> Beschäftigte/Beschäftigter	<input type="checkbox"/> Arbeitszeit (Stunden):	(Bitte Bescheinigung beifügen)	
<input type="checkbox"/> Altersteilzeit Freistellungsphase ab:	<input type="checkbox"/> befristet beschäftigt bis:	<input type="checkbox"/> Ohne Dienstbezüge beurlaubt ab/seit:	
<input type="checkbox"/> Ich bin ausgeschieden (Ruhestand, Rente) seit:		Dauer der Beurlaubung bis:	
<input type="checkbox"/> und Versorgungsempfänger/-in		(Bitte Bescheinigung beifügen.)	
<input type="checkbox"/> und Zusatzversorgungsempfänger/-in		Bitte unter Ziffer 10 die Krankenkasse und die Art der Versicherung in der Zeit der Beurlaubung angeben!	

6. Bankverbindung (Die Beihilfe wird grundsätzlich auf das Bezügekonto überwiesen):							
Geldinstitut:		IBAN:			BIC:		
7. Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder							
1. Kind (Vorname, ggf. Familienname, Geburtsdatum) = K1				3. Kind (Vorname, ggf. Familienname, Geburtsdatum) = K3			
2. Kind (Vorname, ggf. Familienname, Geburtsdatum) = K2				4. Kind (Vorname, ggf. Familienname, Geburtsdatum) = K4			
Sind Kinder seit der letzten Antragstellung aus dem Familienzuschlag weggefallen bzw. wieder aufgenommen worden?							
<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja, weggefallen seit:			Name, Vorname des Kindes, Grund (ggf. Beiblatt verwenden)		
		<input type="checkbox"/> Ja, wiederaufgenommen seit:					
8. Hat oder hatte der Ehegatte/Lebenspartner (gilt auch für geschiedene Ehegatten/Lebenspartner) oder eines der vorgenannten Kinder in den letzten drei Jahren eine eigene Beihilfeberechtigung?							
<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja, aus einem Beschäftigungsverhältnis als		<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter		<input type="checkbox"/> Beschäftigte/Beschäftigter	
		<input type="checkbox"/> Ja, aus beamtenrechtlicher Versorgung (Pension)					
wer (E, K1 ...)?							
9. Wird Beihilfe zur Pflege beantragt?							
<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja (Bitte fügen Sie die entsprechenden Nachweise der Pflegekasse/-versicherung bei!)					
10. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?							
Personen	PRIVAT	GESETZLICH (z.B. AOK, Betriebs-/Ersatzkasse)			Zusatzversicherung (Art?)		Nicht versichert
	Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung bitte Versicherungsschein beifügen!	pflicht-versichert	freiwillig versichert	familien-versichert			
Antragsteller/-in = A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehepartner/-in/ Lebenspartner/-in = E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind = K1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind = K2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind = K3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind = K4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Haben Sie Anspruch auf eine anderweitige Kostenerstattung?							
Haben Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger einen Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z. B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- und arbeitsvertraglicher Regelungen)?							
<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja (Bitte Nachweis oder Bescheid beifügen!)			Person:		

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und erkläre hiermit, dass ich zu den geltend gemachten Aufwendungen bei keiner anderen Stelle einen Beihilfeantrag gestellt habe oder stellen werde. Mir ist die Tatsache bekannt, dass die Berücksichtigungsfähigkeit der Kinder im Familienzuschlag Einfluss auf die Höhe der Beihilfe für mich als auch für den Beihilfeanspruch für ein Kind haben kann (Wegfall der Beihilfeberechtigung). Auch Änderungen, die der für die Anordnung der Bezüge zuständigen Stelle mitgeteilt worden sind, müssen deshalb unbedingt auf jedem Antrag vermerkt werden. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Kostenerstattungen, Preisermäßigungen oder -nachlässe sowie Leistungen Dritter sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe und dass dies eine Neufestsetzung der Beihilfe zur Folge haben kann. Soweit sich danach eine niedrigere Beihilfe ergibt, verpflichte ich mich, den zu viel erhaltenen Betrag in einer Summe zurückzuzahlen. Dies gilt auch für den Fall, dass die Angaben über die Höhe der Einkünfte des Ehegatten/Lebenspartners unzutreffend sind oder durch eine spätere Festsetzung durch das Finanzamt unzutreffend werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Beihilfestelle der Stadt Ingolstadt bei gebührenrechtlichen und medizinischen Fragen einen Beratungsarzt hinzuziehen kann (ggf. streichen).

Ort, Datum, Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten

Bei Vertretung: Unterschrift **der Vertreterin / des Vertreters**

Vollmacht: liegt vor liegt bei

Zusammenstellung der Aufwendungen

Antragsteller/-in	Antrag vom
Beachten Sie bitte folgende Hinweise:	
<ul style="list-style-type: none"> - Der Antrag sollte aus abrechnungstechnischen Gründen maximal 15 Belege enthalten. - Die Einträge und Belege bitte nach Personen geordnet eintragen: A= Antragsteller/-in E= Ehegatte L=Lebenspartner/-in nach dem Partnerschaftsgesetz K=Kind - Ihre Daten werden auf Grundlage von Art. 5 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. Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten finden Sie unter ingolstadt.de. 	

Nr.	A, E, L, K	Rechnungsdatum	Betrag in Euro	Erstattung gesetzl. Kasse / Zusatzkasse
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
Gesamtbetrag:			<i>0,00</i>	<i>0,00</i>

Weitere Hinweise:

- **Beihilfeunterlagen werden gemäß Art. 110 Abs. 2 Bayer. Beamtengesetz grundsätzlich nicht zurückgegeben** Reichen Sie bitte nur **lesbare Kopien oder Duplikate** ein. Schicken Sie uns bitte **keine Originalbelege** mehr, da alle Anträge, Mitteilungen und Belege unmittelbar nach dem Eingang in der Beihilfestelle elektronisch erfasst und anschließend datenschutzgerecht vernichtet werden. Bitte kopieren Sie nicht mehrere Belege (z. B. Rezepte) auf ein Blatt. Bitte beachten Sie, dass Informationen auf Belegrückseiten auch kopiert werden müssen.
- Behalten Sie **eine Ausfertigung der Belege** für Ihre privaten Unterlagen.
- Bitte geben Sie bei Anträgen und weiteren Schreiben immer Ihre **Beihilfe-Nummer** an. Bitte füllen Sie die Anträge möglichst **am Computer oder mit Schreibmaschine aus**. Handschriften sind nur schwer elektronisch lesbar und verlängern die Bearbeitungszeit durch die erforderlichen Nachbearbeitungen.
- Bitte verwenden Sie bei Anträgen ausschließlich die **aktuellen Vordrucke**. Sie können sie unter www.ingolstadt.de/beihilfeleistungen herunterladen bzw. bei der Beihilfestelle anfordern.
- Die gesamte in der Beihilfestelle der Stadt Ingolstadt eingehende Post wird nach dem Scannen datenschutzgerecht vernichtet. Sie bekommen die Belege und sonstigen Nachweise künftig also **nicht mehr zurück**.
- Bitte **klammern, heften bzw. tackern** Sie Ihre eingereichten Unterlagen **nicht** zusammen.
- Verwenden Sie **keine Post-It oder andere Klebezettel** auf den Belegen. Erstellen Sie stattdessen einen Vermerk auf einem gesonderten DIN-A-4-Blatt.
- **Prüfen** Sie, ob alle notwendigen Belege (z. B. Verordnungen, Laborrechnungen etc.) Ihrem Antrag beiliegen.
- **Prüfen** Sie, ob alle zur Erstattung eingereichten Belege in der Zusammenstellung des Antrags aufgelistet sind.
- Beachten Sie, dass der Antrag an der ausgewiesenen Stelle **unterschrieben** sein muss.
- Senden Sie bitte **keine frankierten Rückumschläge** mit, da die von Ihnen eingereichten Unterlagen nicht zurückgesandt werden können.