

# Antrag auf Beihilfe

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen

Name, Vorname		Personalnummer	Geburtsdatum
Dienststelle, ggf. Schule		E-Mail	Telefon <input type="checkbox"/> dienstlich <input type="checkbox"/> privat (mit Vorwahl)

Bischöfliches Generalvikariat  
 Personalabteilung - Beihilfe  
 Postfach 11 53  
 36001 Fulda

Eingangsstempel

## (1) Weitere Angaben zu den Antragstellern

Straße, Hausnummer		Beamter/in <input type="checkbox"/>	Angestellte/r – Arbeiter/in <input type="checkbox"/>
Postleitzahl, Ort		Versorgungsempfänger/in <input type="checkbox"/> ja, seit	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden      seit			
Vorname des Ehegatten		Nachname des Ehegatten (nur bei Abweichung vom Nachnamen des/der Antragsteller(s)/in)	

## (2) Angaben zur Beschäftigung

Beschäftigt im kath. kirchlichen Dienst <input type="checkbox"/> seit	vollbeschäftigt <input type="checkbox"/>	teilzeitbeschäftigt <input type="checkbox"/> seit	mit Wochenstunden
befristet beschäftigt von - bis <input type="checkbox"/>	Elternzeit von - bis <input type="checkbox"/>	Beurlaubung ohne Bezüge von - bis <input type="checkbox"/>	

## (3) Angaben zur Berücksichtigung von Angehörigen

Sind oder waren der Ehegatte oder berücksichtigungsfähige Kinder in den letzten 12 Monaten vor der Antragstellung berufstätig, in Schul-, Hochschul- bzw. Berufsausbildung, arbeitslos, in Mutterschutz oder Elternzeit, Empfänger/in von Versorgungsbezügen oder Renten?  Nein

Ja, und zwar **(bitte auch ausfüllen, wenn für nachstehende Personen keine Beihilfe beantragt wird)**

Berufstätige/r, Schüler/in, Student/in, Azubi, usw. (Kinder mit Vornamen)	Name des Arbeitgebers bzw. der Ausbildungsstätte, oder z. B. „Schulbildung“, „Hochschulausbildung“, „arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld“, „Mutterschutz“, „Elternzeit“, „Versorgungsempfänger/in“ oder „Rentenbezieher/in“	von – bis bzw. dauernd
Ehegatte		
Kind		

Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit bei Name	von – bis / seit	Grund
Für folgende Kinder steht bzw. stand mir <b>kein</b> Kindergeld zu		
Name	Zeitraum von – bis / seit	Anderer Elternteil bezieht Kindergeld, bzw. Fam.-, Orts-, od. Sozialzuschlag
Kind		Wegfall des Kindergeldanspruchs
Kind		rückwirkender Wegfall des Kindergeldanspruchs
		Nachweis liegt bei
		Nachweis liegt vor

## (4) Krankenversicherungsschutz (bitte auch ausfüllen, wenn für nachstehende Personen keine Beihilfe beantragt wird)

versicherte Personen (Kinder mit Vornamen)	Geburtsdatum	Name der Krankenversicherung	privat versichert	bei gesetzlicher Krankenversicherung				nicht versichert
				freiwillig versichert	pflicht-versichert	familien-vers. bei A od. E	rentner-kranken-versichert -KVdR-	
Antragsteller/in (A)	→		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegatte bzw. and. Elternteil (E)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei einem Wechsel der Krankenversicherung: Wann und bei welcher Person hat dieser stattgefunden?

**(5) Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag**

Wird – außer Arbeitgeberanteilen bei Pflichtversicherten – zu dem Krankenversicherungsbeitrag ein Zuschuss gewährt?

Nein

Auf einen für (Person) zustehenden Beitragszuschuss wurde ganz oder teilweise rechtswirksam verzichtet.  
Die Bestätigung des Renten- bzw. Krankenversicherungsträgers über den Verzicht ist beigefügt / liegt bereits vor.

Ja, und zwar (Zutreffendes eintragen) ▼

	seit wann gewährt bzw. ab wann beantrag	monatlicher Zuschuss €
Antragsteller/in		
Ehegatte		
Kind		

**(6) Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine sonstige eigene Beihilfeberechtigung?**

nein  ja, aufgrund ▼

<input type="checkbox"/> einer beamtenrechtlichen Versorgung	wer	seit
<input type="checkbox"/> eines Beamtenverhältnisses	wer	seit
<input type="checkbox"/> eines Amts- oder Abgeordnetenverhältnisses	wer	seit
<input type="checkbox"/> gegenüber wem	wer	seit

**(7) Einkünfte der Ehegattin oder des Ehegatten**

Die Ehegattin / der Ehegatte hatte im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung **keine** Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG)  
– bitte Anmerkung Nr. 6 auf Seite 4 beachten –

Die Einkünfte der Ehegattin / des Ehegatten überstiegen im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung den steuerlichen Grundfreibetrag  
 nein  ja ▼ nach § 32 a Abs. 1 Nr. 1 EStG (2014 = 8 354 €, 2015 = 8 472 €, 2016 = 8 652 €, 2017 = 8 820 €)

Wird diese Einkunftsgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten?  
 nein  ja

**(8) Nur ausfüllen für Personen mit Rentenanspruch**

Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?

nein  ja ▼

wer	wann	Ist der Antrag abgelehnt worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
-----	------	---

**(9) Werden Aufwendungen bei Unfällen geltend gemacht?**

Nein  Ja, es handelt sich bei den Aufwendungen nach Beleg Nr. \_\_\_\_\_ um

<input type="checkbox"/> einen Dienstanfall	<input type="checkbox"/> einen Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> einen Schulunfall/ Kindergartenunfall	<input type="checkbox"/> ein anderes schädigendes Ereignis (z. B. Unfall im privaten Bereich)
Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung (z. B. auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder beamtenrechtlichen Unfallfürsorge)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▼		Die Unfallschilderung ist beigefügt <input type="checkbox"/> liegt bereits vor <input type="checkbox"/>	
Name, Anschrift des Kostenträgers (z. B. Versicherung) bzw. Ersatzpflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer			

**(10) Nur ausfüllen, wenn von freiwillig Versicherten (ohne Beitragszuschuss) nach § 5 Abs. 5 HBeihVO Beihilfe zum Geldwert von Sachleistungen beantragt wird**

Der Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung (ohne Pflegeversicherung) betrug für die dem Antragsmonat vorausgegangenen letzten zwölf Kalendermonate (einschließlich Beitragsersstattungen) Nachweis ist beigefügt  Nachweis liegt bereits vor

	von – bis	€ – monatlich	von – bis	€ – monatlich	von – bis	€ – monatlich
Antragsteller/in						
Ehegatte						
Kind						
Kind						
Kind						

**(11) Nur ausfüllen in Todesfällen**

Name des/der Verstorbenen	In welchem Verwandtschaftsverhältnis standen Sie zu der verstorbenen Person?	Todestag	Todesort
<input type="checkbox"/> Ich erkläre, dass mir aus Anlass der Beisetzung Aufwendungen (ohne Überführungskosten) in Höhe von mindestens 665 € bzw. 435 € (bei Kinderbestattung) entstanden sind.			
Steht anlässlich des Todesfalles Sterbegeld zu? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▼			
Beträge (€)	Zahlende Stellen		

**(12) Nur ausfüllen bei Erhalt eines Abschlags oder Vorschusses**

Auf die beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag / Vorschuss erhalten	von €	am
durch <i>Bistumskasse Fulda</i>		

**(13) Nur ausfüllen bei geänderter Bankverbindung seit dem letzten Antrag**

IBAN	BIC	Geldinstitut
------	-----	--------------

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 Leistungen (auch solche nach den §§ 61 und 62 SGB V), Beitragsrückzahlungen gesetzlicher Krankenkassen, Verkaufserlöse für Hilfsmittel usw., Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen zu den geltend gemachten Aufwendungen sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

Ich bin verpflichtet, die Beihilfe für meinen Ehegatten und die auf den erhöhten Bemessungssatz entfallende Beihilfe zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe seiner Einkünfte unzutreffend sind oder durch nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (z. B. durch Feststellungen des Finanzamts) unzutreffend werden.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

**Anmerkungen**

1. Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie **innerhalb eines Jahres** nach Entstehen der Aufwendungen, der ersten Ausstellung einer Rechnung oder einer Bescheinigung über den Geldwert von Sachleistungen beantragt wurde. Die in der Bescheinigung über ihren Geldwert aufgeführten Sachleistungen sind nur insoweit beihilfefähig, als sie im Zeitpunkt der Antragstellung nicht länger als ein Jahr zurückliegen.
2. Eine Beihilfe wird außerdem nur gewährt, wenn die Aufwendungen **mindestens 250 EUR** oder nach Ablauf von 10 Monaten mindestens 25 EUR betragen.
3. Zur Antragstellung genügt grundsätzlich die Vorlage von Zweitschriften oder Ablichtungen von Rezepten (mit Apothekenstempel). Die Belege bitte einzeln, getrennt nach Personen und in zeitlicher Reihenfolge in der „Zusammenstellung der Aufwendungen“ aufführen und nummerieren.
4. Als Unterscheidungsmerkmal genügt in Spalte 2 der „Zusammenstellung der Aufwendungen“ die Angabe **A** = Antragsteller/in, **E** = Ehegatte, **K** (mit Anfangsbuchstaben des Vornamen) = Kind.
5. Den Belegen über Arznei- und Verbandmittel bitte die ärztliche oder Verordnung eines Heilpraktikers, den Belegen über Hilfsmittel und Heilbehandlungen die ärztliche Verordnung beifügen.
6. Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG. sind neben dem um die Werbungskosten bzw. den Arbeitnehmer-Pauschbetrag (§ 9a EStG - 1000 €) verminderten Arbeitslohn besonders der Ertragsanteil von Renten, Einkünften aus Vermietung und Verpachtung, Kapitaleinnahmen (gekürzt um Werbungskosten und den Sparerfreibetrag von 801 €) sowie Einkünfte aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit.

**Die „Zusammenstellung der Aufwendungen“ auf der Rückseite bitte vollständig ausfüllen**



