

11003 Stadt Köln - Beihilfekasse
Rheingasse 11, 50676 Köln

Beihilfekasse

Rheingasse 11, 50676 Köln
Behindertengerechter Eingang: eingeschränkt möglich nach vorheriger Anmeldung

Auskunft Servicehotline
Telefon 0221 221-29840, Telefax 0221 221-6569220
E-Mail beihilfe@stadt-koeln.de
Internet www.stadt-koeln.de

Sprechzeiten
Mo. und Do.: 9.00-12.00 Uhr sowie 14.00-16.00 Uhr
Di. und Fr.: 9.00-12.00 Uhr
Mittwoch geschlossen

KVB Straßenbahnlinien 1, 7, 9
Haltestelle Heumarkt

Ihr Schreiben

Mein Zeichen
1100/3

Datum
06.06.2012

Informationen zum neuen Beihilfeverfahren Hier: Ausgabe 02/2012

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen einer innovativen Weiterentwicklung führt die Beihilfekasse in der 25. Kalenderwoche 2012 ein neues Abrechnungsverfahren ein und verändert die Arbeitsabläufe. Zukünftig werden Ihre Anträge, Belege und sonstiger Schriftverkehr elektronisch in der Zentralen Scanstelle des Landes Nordrhein-Westfalen in Detmold erfasst und der Beihilfekasse der Stadt Köln über eine hoch gesicherte Datenleitung online zur Verfügung gestellt.

Die eigentliche Beihilfesachbearbeitung verbleibt unverändert bei der Beihilfekasse der Stadt Köln. Sie können sich also nach wie vor in Ihren Beihilfeangelegenheiten an Ihre gewohnten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner wenden.

Nachstehend möchte ich Ihnen die wesentlichen Neuerungen im Überblick kurz darstellen und Sie bitten, die aufgeführten Hinweise bei der Antragstellung und sonstigem Schriftverkehr mit der Beihilfekasse zu beachten:

- Bitte richten Sie **ab dem 18.06.2012** alle Anträge, Belege und sonstigen Schriftverkehr an die

Zentrale Scanstelle Beihilfe, 32746 Detmold.

Schriftverkehr, der an die bisherige Anschrift der Beihilfekasse der Stadt Köln adressiert ist, muss hier ungeöffnet gesammelt und kann nur zeitverzögert an die Zentrale Scanstelle weitergeleitet werden. Eine Bearbeitung Ihres Antrages et cetera kann erst nach dem Einscannen in Detmold erfolgen. Unterlagen, die im Rahmen des vorgenannten Schriftverkehrs mit eingereicht werden und nicht scanbar sind, zum Beispiel Röntgenbilder, Gebissabdrücke, CD's et cetera werden von der Zentralen Scanstelle direkt an die Beihilfekasse weitergeleitet.

- Da Ihre Belege künftig elektronisch eingelesen werden, ist es dringend erforderlich, ab der Umstellung **ausschließlich Kopien** beziehungsweise Zweischriften einzureichen. In Detmold werden Ihre Unterlagen zwei Monate aufbewahrt und nach Ablauf dieser Frist vernichtet. Eine Rücksendung Ihrer Unterlagen, Belege et cetera im Rahmen der Beihilfebearbeitung erfolgt nicht mehr! Die Pflicht, Beleg drei Jahre lang nach dem Empfang der Beihilfe aufzubewahren, entfällt mit der Einführung der elektronischen Erfassung.
- Unterlagen, die nach dem 25.05.2012 bei der Beihilfekasse der Stadt Köln eingegangen sind, werden bereits zur digitalen Erfassung an die Scanstelle in Detmold weitergeleitet, um mit dem neuen Abrechnungsverfahren bearbeitet zu werden. Die beigefügten Belege werden Ihnen somit nicht mehr zurück gesandt. Sollten Sie Ihrem Antrag noch Originale beigefügt haben, setzen Sie sich bitte mit Ihrer Ansprechpartnerin beziehungsweise mit Ihrem Ansprechpartner in Verbindung, um gegebenenfalls eine Reproduktion der Originalbelege in die Wege zu leiten. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir diese Möglichkeit nur für Beihilfeanträge, die zwischen dem 26.05. und dem 17.06.2012 hier eingegangen sind, anbieten können. Bitte fügen Sie künftig keine Originalbelege Ihren Anträgen et cetera mehr bei.
- Kopieren Sie bitte einseitig und stets nur einen Beleg (zum Beispiel Rezept) auf ein Blatt.
- Fügen Sie Ihre Belege dem Antrag bitte lose bei. Heften, klammern oder kleben Sie Ihre Belege nicht an den Antrag. Dies führt zu vermeidbaren Aufwendungen und verzögert die Bearbeitungszeit.
- Geben Sie bei jeder Korrespondenz mit der Beihilfekasse bitte immer Ihre korrekte Beihilfenummer an, da diese ein wichtiges Zuordnungskriterium darstellt.
- Ehegatten mit jeweils eigenem Beihilfeanspruch reichen Ihre Beihilfeanträge bitte in separaten Umschlägen ein. Auch Anfragen oder Widersprüche sollten mit separater Post an die Scanstelle gesandt werden.
- Benutzen Sie bitte ausschließlich die neuen, landeseinheitlichen Antragsvordrucke (siehe Anlagen), da nur so eine Lesbarkeit Ihrer Unterlagen sichergestellt werden kann. Zudem können Sie die Antragsformulare im Internet unter www.beihilfe.nrw.de - Rubrik Formulare - herunterladen.

Im Zuge der Umstellung auf das neue Abrechnungsverfahren ist für die aktiven und ehemaligen städtischen Bediensteten eine Anpassung der Beihilfenummern erforderlich geworden. Die neue Beihilfenummer enthält nun vorangestellt einen einheitlichen Gemeindeschlüssel, so dass die Beihilfenummern mit den Ziffern „31500“ beginnen. Ihre neue Beihilfenummer finden Sie jeweils auf der ersten Seite Ihres Beihilfebescheides sowie auf dem jeden Bescheid beigefügten Kurzantrag aufgedruckt. **Bitte geben Sie ab sofort bei jeder Korrespondenz Ihre Beihilfenummer an.**

In der Anlage zu dieser Information finden Sie die Ihnen im Wesentlichen bereits bekannten landeseinheitlichen Beihilfeanträge (Lang- und Kurzantrag), allerdings mit der neuen Anschrift der Scanstelle in Detmold versehen. Bitte verwenden Sie ab dem oben genannten Zeitpunkt ausschließlich diese Formulare für Ihre Antragstellung. Mit der Verwendung dieser Formulare stellen Sie die erforderliche maschinenlesbare Zuordnung Ihrer Abrechnungsunterlagen zur Beihilfekasse der Stadt Köln sicher.

Schriftverkehr, der sich nicht auf die Belegabrechnung bezieht, ist ebenfalls an die Scanstelle in Detmold zu richten. Beispielhaft kann es sich um folgenden Schriftverkehr handeln:

- Einwendung (Widerspruch) zu einem Beihilfebescheid;
- Anfrage nach einem Kostenanerkenntnis aus Anlass zum Beispiel einer Rehabilitationsmaßnahme, einer kieferorthopädischen Behandlung oder einer Implantatversorgung;
- Vorlage angeforderter / ergänzender Unterlagen (zum Beispiel Quotentarif, Rentenbescheid et cetera);
- sonstige Mitteilungen Ihrerseits.

Vorstehend aufgeführter Schriftverkehr ist nicht mit dem Kurz- oder Langantrag einzureichen, sondern formlos, jedoch stets unter Angabe der Beihilfenummer, da ansonsten Ihr Schriftstück in Detmold nicht zugeordnet werden kann. Sofern Sie Formulare nutzen, die Ihnen von der Beihilfekasse zur Verfügung gestellt wurden, tragen Sie bitte Ihre Beihilfenummer an der dafür vorgesehenen Stelle ein.

Leider ist es aus technischen Gründen nicht möglich, von Ihnen persönlich eingescannte Belege zu verarbeiten, da das Erfassungsprogramm der Scanstelle auf die Hochleistungsscanner aus Detmold abgestimmt ist. Wir bitten hier um Ihr Verständnis.

In Bezug auf die beigefügten Antragsformulare weise ich noch auf Folgendes hin:

Belastungsgrenze

Die beigefügten Beihilfeanträge enthalten eine Änderung hinsichtlich der Belastungsgrenze. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden die Beihilfeanträge formal angepasst. Durch Ihre Unterschrift auf Ihrem Beihilfeantrag haben Sie bislang der Ermittlung Ihrer Bruttojahresbezüge zur Anwendung der Belastungsgrenze zugestimmt. Auf den aktualisierten Vordrucken haben Sie nun die Möglichkeit der Ermittlung Ihrer Bruttojahresbezüge zur Anwendung der Belastungsgrenze zu widersprechen, in dem Sie das dafür vorgesehene Kästchen mit einem Kreuz versehen. Ich bitte allerdings zu beachten, dass mit dem Widerspruch die Belastungsgrenze nicht zur Anwendung kommt. Das bedeutet, dass Ihre Eigenanteile aus den Bereichen

- zahntechnische Leistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen,
- Chefarztbehandlung und Zwei-Bett-Zimmer (10,00 Euro beziehungsweise 15,00 Euro beziehungsweise bei Privatkliniken 25,00 Euro täglich) und
- Kostendämpfungspauschale

ohne Berücksichtigung der Belastungsgrenze bei der Beihilfenfestsetzung in Abzug gebracht werden. Das heißt, wenn Sie ein Kreuz setzen, werden Ihnen Selbstbehälte, die die Belastungsgrenze überschreiten, nicht ausgezahlt. Sofern Sie für das aktuelle Kalenderjahr bereits Ihren ersten Beihilfeantrag gestellt haben, ist die Belastungsgrenze bereits ermittelt worden, so dass die oben genannte Regelung für Sie erst für das Folgejahr relevant wird.

Antragsgrenze

Mit Einführung des neuen Verfahrens wird die Beihilfekasse Anträge auch bearbeiten, sofern die Antragsgrenze in Höhe von 200,- Euro nicht erreicht wird. Dennoch möchte ich Sie an dieser Stelle bitten, Aufwendungen, die nur einen geringfügigen Betrag aufweisen, mit weite-

ren Abrechnungsbelegen gebündelt einzureichen. Sie erleichtern damit die Bearbeitung und tragen zu einer zügigen Abwicklung der Beihilfebearbeitung bei.

Portokosten

Im Rahmen der Verfahrensumstellung bitten wir darum, den Abrechnungsunterlagen oder Zuschriften weder Briefmarken noch frankierte Rückumschläge beizufügen.

Erreichbarkeit der Beihilfekasse und Bearbeitungsstand der Anträge

Bitte beachten Sie, dass die Beihilfekasse aufgrund des Umstellungsprozesses in der Zeit **vom 11.06. bis einschließlich 20.06.2012 für die Bearbeitung Ihrer Angelegenheiten nicht zur Verfügung steht** und die Geschäftsstelle für diesen Zeitraum geschlossen ist. Ab dem 21.06.2012 stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beihilfekasse wieder im Rahmen der bisher geltenden Sprech- und Verkehrszeiten zur Verfügung.

Bedingt durch die Umstellung auf das neue Abrechnungsverfahren liegt die Antragsbearbeitungszeit derzeit bei etwa 3 bis 4 Wochen. Wir sind bestrebt, Ihnen baldmöglichst nach der Verfahrensumstellung wieder den gewohnten Service zu bieten. Sie würden uns hier sehr helfen, wenn Sie in der ersten Zeit nach der Umstellung zunächst so wenig wie möglich versuchen, uns telefonisch zu kontaktieren und insbesondere von Nachfragen in Bezug auf den Bearbeitungsstand absehen.

Für Ihr Verständnis bereits jetzt vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen
Der Geschäftsführer

gez. Blaeser

Antrag auf Zahlung einer Beihilfe

Anlage 6

Antragsteller/in Name, Vorname

Beihilfenummer

Geburtsdatum

Dienststelle

E-Mailadresse dienstlich

E-Mailadresse privat – *Angaben freiwillig* -

Telefonnummer dienstlich

Telefonnummer privat – *Angaben freiwillig* -

Zutreffendes bitte

ankreuzen oder ausfüllen (PC oder Schreibmaschine, möglichst nicht handschriftlich)

Bitte keine Originalbelege beifügen und die Kopien nicht klammern oder heften

(Bitte Anmerkung 2 beachten.)

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sowie den nachträglichen Wegfall der Berücksigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag sofort der Festsetzungsstelle anzugeben habe.

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

Die Daten werden mit meinem Einverständnis nur für Zwecke der Beihilfestetzung erhoben (§§ 3 und 12 BVO).

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Bruttobezüge des vorangegangenen Kalenderjahres gem. § 15 BVO zur Ermittlung der Belastungsgrenze für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags verweigern und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Mit der entsprechenden Verarbeitung meiner Bruttobezüge für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags bin ich nicht einverstanden. (ggf. bitte ankreuzen)

Datum, Unterschrift

Gesamtbetrag
der Aufwendungen ca.

Anzahl der Belege
(s. Anmerkung 8)

, – €

Es werden **Pflegeaufwendungen** nach § 5 ff BVO geltend gemacht
(Bitte zusätzlich Anlage "Pflege" ausfüllen)

Ja

Erstantrag oder hat sich Ihre Bankverbindung geändert?

Nein

Ja **Bitte ausfüllen:**

Bankleitzahl

Kontonummer

Geldinstitut

Erstantrag oder hat sich die Adresse, an welche der Bescheid gesandt wird, geändert?

Nein

Ja **Bitte ausfüllen:**

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Bei wiederholter Antragstellung:

Haben sich Änderungen zu Nr. 1 bis 6 gegenüber den Angaben im letzten Beihilfeantrag ergeben?

Ja **Bitte Nr. 1 bis 9 vollständig ausfüllen**

Nein **Bitte weiter bei Nr. 7**

1 Angaben zum Beschäftigungsumfang

Vollbeschäftigung:

Ja

Beurlaubung ohne Bezüge in den letzten 12 Monaten:

Nein

Nein Zahl der Wochenstunden:

Ja Grund:

vom _____ bis _____

2 Angaben zu berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Name, Vorname	Geburts- datum TT.MM.JJJJ	Kinderbezogener Anteil im Familienzuschlag steht mir zu (s. Anmerkung 3 und 4)	Anderem Elternteil steht der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zu	Angaben zu Berufstätigkeit usw. (zum Ausfüllen s. Anmerkung 7)	von TT.MM. JJJJ	bis TT.MM. JJJJ
Ehegatte / eingetragener Lebenspartner						
Kind 1 (K 1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 2 (K 2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 3 (K 3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 4 (K 4)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 5 (K 5)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

3 Krankenversicherungsschutz

Bei Erstantrag bitte vollständig ausfüllen, auch wenn für einzelne der nachstehenden Personen keine Beihilfe beantragt wird, und Versicherungsschein oder -bescheinigung beifügen.

Versicherte Person	Private Krankenvers.		Gesetzliche Krankenversicherung						
	Normaltarif	Basistarif	Kostenerst.	freiwillig	pflicht-	familienversichert	über	als Rentner	
Antragsteller/in (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Ehegatte / eingetragener Lebenspartner (E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A			<input type="checkbox"/>
K 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
K 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
K 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
K 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
K 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	

Bei einem Wechsel der Krankenversicherung: Bei welcher Person und wann hat dieser stattgefunden? (Bitte neue Bescheinigung beifügen.)

Name, Vorname

Zeitpunkt
TT.MM.JJJJ

4 Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

Steht Ihnen oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (z.B. aus Arbeitsvertrag, vom Rentenversicherungsträger) zu?

Nein Ja Bitte ausfüllen

Name, Vorname

KV-beitrag im Antragsmonat

Zuschuss im Antragsmonat

Nachweis liegt bei

Nachweis liegt vor

€

€

€

€

5 Nur ausfüllen für Personen mit Rentenanspruch

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

Nein Ja Bitte ausfüllen

Name, Vorname

TT.MM.JJJJ

am:

am:

6 Angaben zu dem Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten / eingetragenen Lebenspartners

Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) des **Ehegatten / Lebenspartners** im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen?
(Bei erstmaligem Rentenbezug ab 1.1.2004 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttonrentenbetrag) s. auch Anmerkung 6

Ja Nein

noch nicht
absehbar

Wird diese Einkunftsgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten?

Ja Nein

noch nicht
absehbar

7 Vorrangige Ansprüche auf Leistungen im Krankheitsfall nach anderen Rechtsvorschriften

Bestehen zu den geltend gemachten Aufwendungen Ansprüche aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften (z.B. gesetzliche Unfallversicherung, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz) oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen?

Nein Ja Bitte ausfüllen

Name, Vorname

Art des Anspruchs

Nachweis liegt bei

Nachweis liegt vor

8 Werden Aufwendungen aufgrund von Unfällen geltend gemacht?

Ja Bitte Belege mit **U** kennzeichnen

Es handelt sich um einen

Dienstunfall

Unfall im Kindergarten

Arbeitsunfall

Unfall in der Schule

Unfall im privaten Bereich

Unfall beim Studium

Nein

Die Unfallschilderung
liegt bei

liegt vor

Es kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?

Nein Ja Bitte besonderen Vordruck **Unfallbericht** ausfüllen.

9 Werden Aufwendungen aus den nachfolgend genannten Bereichen geltend gemacht?

Nein Ja Bitte ausfüllen

Die **Behandlung** erfolgte **durch einen nahen Angehörigen**, hierzu zählen: Ehegatten / eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kindern der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch Enkelkinder, Geschwister, Großeltern, Verschwägerte ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person.

Ja Bitte Belege oben rechts mit **A** kennzeichnen

Es wurden oder werden **Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz** (BVG) in Anspruch genommen

Ja Bitte Belege oben rechts mit **G** kennzeichnen

10 In Geburtsfällen und bei Adoptionen

Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO wird beantragt

Ja

Anmerkungen

1. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungs- bzw. Kaufdatum beantragt wurde. Für den Fristablauf ist der Tag des Antragseingangs bei der Beihilfestelle maßgeblich. Der Bemessungssatz richtet sich nach den Verhältnissen im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.
2. **Bitte legen Sie keine Originalbelege vor**, da alle eingesandten Belege nach der elektronischen Erfassung vernichtet werden. Bitte fertigen Sie pro Beleg eine separate Kopie und beachten Sie, dass Kopien und Zweitschriften deutlich lesbar sein müssen.
3. Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis 25. Lebensjahr ggf. zuzügl. Zeit des Wehr- oder Zivildienstes) oder arbeitslos sind (bis 21. Lebensjahr) und der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen und bei denen nur wegen der Höhe ihrer eigenen Einkünfte der Anspruch auf das Kindergeld und der Familienzuschlag für das Kind entfallen ist.
4. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt und ist mindestens ein Kind berücksichtigungsfähig, bitte ggf. Anlage „Kinder“ ausfüllen.
5. Bei Heilbehandlungen und Hilfsmitteln sowie bei Arznei- und Verbandmitteln legen Sie bitte neben der Rechnung die Verordnung einer Ärztin/eines Arztes bzw. einer Heilpraktikerin/eines Heilpraktikers vor.
6. Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG sind neben dem um die Werbungskosten bzw. den Arbeitnehmer-Pauschalbetrag verminderten Arbeitslohn insbesondere der zu versteuernde Anteil von Renten (*bei erstmaligem Rentenbezug ab 1.1.2004 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag*), Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, sowie Einkünfte aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit. Kapitaleinkünfte, die nach § 32d Abs. 1 EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert wurden oder die der Kapitalertragssteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Abs. 5 EStG unterlegen haben, sind den Einkünften, der Summe der Einkünfte und dem Gesamtbetrag der Einkünfte hinzuzurechnen (vgl. § 2 Abs. 5a EStG).
7. Bitte tragen Sie folgende Abkürzungen ein:

- Nicht erwerbstätig =	NE	- Eigene Beihilfeberechtigung z.B. im öffentlichen Dienst =	ÖD
- Schulausbildung =	SB	- Hochschulausbildung =	HS
- Elternzeit =	EZ	- Versorgungsempfänger/in =	VE
- Familienpolitischer Urlaub	FU	- arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld I oder II =	AL
- Rentenbezieher/in =	RE	- Wehrdienst / Zivildienst =	WD / ZD
- Berufstätig =	BT		

8. Als jeweils ein Beleg gelten z. B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung (s. Anmerkung 5) oder Rechnungen über das Zahnarzthonorar und Material- und Laborkosten.

Kurzantrag auf Zahlung einer Beihilfe

Anlage 6a

Antragsteller/in Name, Vorname

Beihilfenummer

Geburtsdatum

Dienststelle

E-Mailadresse dienstlich

E-Mailadresse privat (freiwillige Angabe)

Telefonnummer dienstlich

Telefonnummer privat (freiwillige Angabe)

Bitte keine Originalbelege beifügen und die Kopien nicht klammern oder heften

Bitte verwenden Sie den Kurzantrag nur dann, wenn sich bei Ihnen oder bei Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen gegenüber dem letzten Antrag keinerlei Änderungen ergeben haben.

Sofern Sie **Pflegeaufwendungen** nach § 5 ff. BVO geltend machen wollen, stellen Sie bitte einen **gesonderten Antrag** für diese Aufwendungen und fügen die **Anlage „Pflege“** bei.

Bei Änderungen der nachstehenden Sachverhalte

- Ausbildungs-, Beschäftigungs- und Versicherungsverhältnis
- Beurlaubungen
- Familienstand, Familienzuschlag, Bankverbindung, Anschrift
- Beitragszuschüsse – Rentenbezug (auch [Halb-]Waisenrente)
- Einkünfte des Ehegatten sowie bei
- Unfällen oder Verletzungen

verwenden Sie bitte das ausführliche Antragsformular („Antrag auf Zahlung einer Beihilfe“).

Erklärung:

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie den nachträglichen Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag sofort der Beihilfestelle anzuseigen habe.

Mit diesem Beihilfeantrag werden keine Aufwendungen für Untersuchungen, Beratungen und Verrichtungen sowie Begutachtungen geltend gemacht, die von Ehegatten / eingetragenen Lebenspartnern, Eltern oder Kindern der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch von Enkelkindern, Geschwistern, Großeltern, Verschwägerten ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person durchgeführt worden sind.

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

Die Daten werden mit meinem Einverständnis nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung erhoben (§§ 3 und 12 BVO).

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Bruttobezüge des vorangegangenen Kalenderjahres gem. § 15 BVO zur Ermittlung der Belastungsgrenze für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags verweigern und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Mit der entsprechenden Verarbeitung meiner Bruttobezüge für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags bin ich nicht einverstanden. (ggf. bitte ankreuzen)

Datum, Unterschrift

Gesamtbetrag der
Aufwendungen ca.

Anzahl der Belege

, – €

¹(als 1 Beleg gelten z. B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung oder Rechnungen über das Zahnmthonorar und die Material- und Laborkosten).