



Antrag auf Beihilfe

Antragsteller/-in Name, Vorname	Beihilfe-Aktenzeichen der BVK BF
	Geburtsdatum
Dienststelle oder Pensionsregelungsbehörde	Telefon dienstlich
	Telefon privat
	E-Mail-Adresse

Eingangsstempel

An

Bei wiederholter Antragstellung
Haben sich Änderungen bei den Angaben zu Nr. 1 bis 8 gegenüber den Angaben im letzten Beihilfeantrag ergeben?

☐ **nein** bitte weiter bei Nr. 9

☐ **ja** bitte Nr. 1 bis 8 vollständig ausfüllen

Bitte **Gesamtbetrag der Aufwendungen** aller mit diesem Antrag eingereichten Belege angeben:

1. Allgemeine Angaben

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		Amts- oder Dienstbezeichnung
Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ in Lebenspartnerschaft ☐ verwitwet ☐ geschieden seit		Versorgungsempfänger/-in ☐ ja, seit
Vorname der Ehegattin/des Ehegatten		Nachname der Ehegattin/des Ehegatten (nur bei Abweichung)
IBAN	BIC	Geldinstitut

2. Angaben zur Beschäftigung

☐ Beamtenanwärter/in ☐ Beamte/r ☐ Tarifbeschäftigte/r

☐ vollbeschäftigt im öffentlichen Dienst seit	☐ teilzeitbeschäftigt im öffentlichen Dienst seit mit Wochenstunden	☐ befristet beschäftigt von - bis
☐ Elternzeit von - bis	☐ Beurlaubung ohne Bezüge nach § 80 Abs. 2 HBG von - bis	☐ sonstige Beurlaubung ohne Bezüge von - bis

3. Angaben zur Berücksichtigung von Angehörigen

Sind oder waren die Ehegattin/der Ehegatte oder berücksichtigungsfähige Kinder in den letzten zwölf Monaten vor der Antragstellung berufstätig, in (Hoch-)Schulausbildung, in Berufsausbildung, arbeitslos, in Mutterschutz oder Elternzeit, Empfänger/in von Versorgungsbezügen oder Renten? ☐ Nein		
☐ Ja, und zwar (bitte auch beantworten, wenn keine Aufwendungen für die Person geltend gemacht werden)		
Name des/der Berufstätigen usw.	Name der Ausbildungsstätte bzw. des Arbeitgebers, „Schulausbildung“, „Hochschulausbildung“, „arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld oder -hilfe“, „Mutterschutz“, „Elternzeit“, „Versorgungsempfänger/in“ oder „Rentenbezieher/in“	berufstätig, in Ausbildung, arbeitslos usw. von - bis

**7. Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine sonstige eigene Beihilfeberechtigung?**☐ nein ☐ ja, aufgrund

☐ einer beamtenrechtlichen Versorgung	wer
☐ eines Beamtenverhältnisses	wer
☐ eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses	wer
☐ eines Amts- oder Abgeordnetenverhältnisses	wer
☐ gegenüber wem	seit

8. Sind Angehörige bei anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?☐ nein ☐ ja

wer	bei wem?
-----	----------

9. Vorrangige Ansprüche/Teilnahme an der Kostenerstattung

a) Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige zu den geltend gemachten Aufwendungen einen Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung aufgrund von Rechtsvorschriften (z. B. SGB V, SGB VI, SGB VII, SGB VIII, SGB XI, RVO, Unfallfürsorgebestimmungen, Lastenausgleichsgesetz Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz, Soldatenrecht) oder aufgrund arbeitsvertraglicher Vereinbarungen? - Es sind insbesondere Leistungen gesetzlicher Krankenkassen und von Pflegekassen anzugeben - ☐ nein ☐ ja → bitte Nachweis oder Bescheid beifügen	
b) Wird nach § 13 Abs. 2 oder § 64 SGB V anstelle von Sachleistungen Kostenerstattung gewährt?	☐ nein ☐ ja

10. 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 5 beachten -
Die Einkünfte der Ehegattin/des Ehegatten überstiegen im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung das Zweifache des steuerlichen Grundfreibetrages nach § 32 a Abs. 1 EStG ☐ nein ☐ ja
Wird diese Einkunftsgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten? ☐ nein ☐ ja

11. 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? ☐ nein ☐ ja

12. Nur Ausfüllen für Personen mit Anspruch auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz

Besteht Anspruch auf Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz? ☐ nein ☐ ja	Besteht Anspruch auf freie Heilfürsorge (z. B. Bundesbehandlungsschein)? ☐ nein ☐ ja
Beziehen sich geltend gemachte Aufwendungen auf Versorgungsleiden? ☐ nein ☐ ja, Beleg Nr.	

13. Nur ausfüllen, wenn von freiwillig gesetzlich 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 Kalendermonaten (einschließlich Beitragserstattungen)						
Nachweis ist beigelegt ☐ Nachweis liegt bereits vor ☐						
	von - bis	EUR - monatl.	von - bis	EUR - monatl.	von - bis	EUR - monatl.
Antragsteller/in						
Ehegatte						
Kind Name:						
Kind Name:						



14. Nur ausfüllen bei Unfällen und Verletzungen (bitte kurze Schilderung beifügen)

Es handelt sich bei den Aufwendungen nach Beleg-Nr. _____ um _____

☐ einen Dienstunfall	☐ einen Arbeitsunfall	☐ eine Berufskrankheit	☐ einen Schulunfall/ Kindergartenunfall	☐ ein anderes schädigendes Ereignis (z. B. Unfall oder Verletzung im privaten Bereich)
Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung (z. B. auf Leistungen aus der beamtenrechtlichen oder der gesetzlichen Unfallversicherung)? ☐ nein ☐ ja				
Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht? ☐ Nein ☐ ja				
Name, Anschrift des Kostenträgers (z. B. Versicherung) bzw. Ersatzpflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer				

15. Nur ausfüllen, wenn Versorgungsempfänger die Freistellung von den Eigenanteilen an Arznei- und Verbandmitteln beantragen

Die Versorgungsbezüge betragen im Monat der Antragstellung	EUR
--	-----

16. Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen (Ehegatten, Kinder oder Eltern) geltend gemacht werden

Der Behandler ist ☐ Ehegatte ☐ Kind ☐ Elternteil der behandelten Person	Beleg-Nr.
--	-----------

17. Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht werden, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind

Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)?	Betrag EUR	Nachweis – Versicherungsschein über Ausschluss usw. bitte beifügen
---	------------	--

18. Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für häusliche oder stationäre Pflege geltend gemacht werden

Pflegebedürftige Person - Name, Vorname	
Pflegegrad	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
Der aktuelle Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung ist beizufügen	
Bei Beantragung von Pauschalbeihilfe für häusliche Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegekräfte	
Name, Vorname der Pflegeperson _____	
Verwandschaftsverhältnis _____	
Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der Pflegeperson ist beizufügen	
Bei Beantragung von Aufwendungen für: - Unterkunft und Verpflegung bei vollstationären Pflege - häusliche Pflege durch erwerbsmäßig tätige Pflegekräfte oder teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege mit jeweils und höheren Pflegekosten im Kalendermonat als die festgelegten Höchstbeträge des jeweiligen Pflegegrades.	
	Antragsteller/in Ehegattin/Ehegatte
Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne kinderbezogene Anteile im Familienzuschlag)	_____
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- und Hinterbliebenenversorgung	_____
Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt und Lohnersatzleistungen	_____
bitte Nachweis über die Bezüge, Renten usw. beifügen.	



19. Nur ausfüllen in Todesfällen

Name des/der Verstorbenen	In welchem Verwandtschaftsverhältnis standen Sie zu der verstorbenen Person?	Todestag	Todesort
☐ Ich erkläre, dass mir aus Anlass der Beisetzung Aufwendungen in Höhe von mindestens 1200 EUR entstanden sind.			

20. Nur ausfüllen bei Abschlagszahlung

Auf die beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten	von	EUR	am
durch			

21. Datenschutz

Die KVK Beamtenversorgungskasse verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten und ggf. die Ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen zur Berechnung und Auszahlung der von Ihnen beantragten Beihilfen nach der Hessischen Beihilfenverordnung und zur Geltendmachung von Arzneimittelrabatten nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz. Näheres entnehmen Sie bitte unseren Datenschutzhinweisen im Internet unter www.kvk-kassel.de/de/datenschutz. Auf Anforderung schicken wir Ihnen die Datenschutzhinweise gerne zu. Mit der Unterschrift unter dem Beihilfeantrag bestätigen Sie die Kenntnis dieser Datenschutzhinweise.

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 schriftlich beantragt wurde. Eine elektronische Antragstellung ist nicht zulässig. 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. Der Bemessungssatz richtet sich nach den Verhältnissen im Zeitpunkt der Antragstellung (Eingang des Antrages bei der Beihilfefestsetzungsstelle), nicht nach den Verhältnissen zum Zeitpunkt der Behandlung oder des Kaufs von Arznei- und Hilfsmitteln.
3. Bitte reichen Sie keine Originalbelege ein. Die Belege werden nicht zurückgeschickt, sondern nach einer kurzen Aufbewahrungszeit vernichtet. Bewahren Sie Ihre Originale oder Belegkopien bis drei Jahre nach Erhalt des Beihilfebescheides auf, sofern sie nicht bei der Krankenversicherung verbleiben.
4. a) Bescheinigungen über den Geldwert von Sachleistungen bitte getrennt nach Personen vorlegen
b) Liegt eine die Ehegattin oder den Ehegatten und die Kinder erfassende Familienversicherung vor, bitte den Versicherungsbeitrag in einer Summe nur bei dem/der Antragsteller/in vermerken.
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 verminderten Arbeitslohn insbesondere der zu versteuernde Anteil von Renten, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Kapitaleinkünfte (gekürzt um den Sparerfreibetrag) sowie Einkünfte aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit.
7. Bitte verwenden Sie diesen Antragsvordruck ausschließlich zur Beantragung Ihrer Beihilfe, sofern die Bearbeitung durch die KVK Beamtenversorgungskasse Kurhessen-Waldeck, Kölnische Str. 42, 34117 Kassel erfolgt.