

Personalservice

- auf Gewährung einer Beihilfe
- auf Gewährung einer Säuglings- und Kleinkinderausstattung

Antragsteller/in

Name, Vorname		Geburtsdatum	Personalnummer	Kostenstelle	Abteilung	Diensttelefon
<input type="checkbox"/> Sonderurlaub ohne Bezüge von _____ bis _____		Entgelt-/ Besoldungsgruppe	Beschäftigungsbeginn		<input type="checkbox"/> vollbeschäftigt <input type="checkbox"/> teilbeschäftigt _____ Std. wöchentlich <input type="checkbox"/> Altersteilzeit	
			<input type="checkbox"/> vor dem 01.01.1998 <input type="checkbox"/> nach dem 31.12.1997 <input type="checkbox"/> nach dem 31.12.2012			
PLZ	Ort	Straße		Telefon	E-Mail Adresse	
Familienstand:		ledig	verheiratet/ verpartnert	geschieden	verwitwet	seit
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ehegatte/-in/ Lebenspartner/in

Name, Vorname	Geburtsdatum	Name/Anschrift Arbeitgeber	Eigener Beihilfeanspruch
			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wie hoch war der Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 Einkommenssteuergesetz Ihres/Ihrer Ehegatten/in (EG), Ihres/Ihrer Lebenspartners/in (LP): (Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für den/die EG, LP geltend gemacht werden.)			
Beihilfeanspruch Land Baden- Württemberg	<input type="checkbox"/> bis 10.000 €	<input type="checkbox"/> über 10.000 € - 18.000 €	<input type="checkbox"/> über 18.000 €
Beihilfeanspruch Bund	<input type="checkbox"/> bis 17.000 €		<input type="checkbox"/> über 17.000 €

Kinder (Es sind immer alle kindergeldberechtigten Kinder einzutragen. Haben Sie drei oder mehr Kinder, so sind auch die Kinder einzutragen, für die kein Kindergeldanspruch mehr besteht. Die Anzahl der Kinder kann sich auf die Höhe Ihres persönlichen Bemessungssatzes auswirken.)

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Schulbesuch	Berufsausb.	Studium	Wehr-/Ersatzdienst von bis	Eig. Beihilfeanspruch
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Krankenversicherung (Bei welchen Krankenversicherungen sind Sie und Ihre Angehörigen versichert?)

	Name der Krankenkasse	Gesetzlich versichert	Privat versichert	Vom Arbeitgeber bezuschusste Krankenversicherung	
				ja	nein
Antragssteller		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EG / LP		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Steht Ihnen oder Ihren Angehörigen, für die eine Beihilfe beantragt wird, eine Leistung wegen eines Arbeitsunfalles, eines Wegeunfalls, einer Berufskrankheit oder durch einen durch Dritte verursachten Unfall zu?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
War eine nahe Angehörige/ naher Angehöriger bei Heilmaßnahmen oder bei der Pflege tätig?	Zu Beleg Nr.: _____	

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträglich erhaltene Versicherungsleistungen oder Preisnachlässe auf die Kosten sofort der Beihilfestelle anzuzeigen habe. Zu Unrecht erhaltene Beihilfezahlungen habe ich zurückzuzahlen. Dies gilt auch für Leistungen meiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen, falls die Angaben über die Höhe Ihrer Einkünfte unzutreffend sind oder durch Wegfall der Anspruchsvoraussetzungen kein Beihilfeanspruch mehr gegeben ist. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde und wird – auch von einer anderen Person bei einer anderen Dienststelle – keine Beihilfe beantragt.

Ich bin damit einverstanden, dass die Beihilfefestsetzungsstelle notwendige Auskünfte bei der zuständigen Krankenversicherung oder einem anderen Kostenträger, dem Behandler oder Rechnungsaussteller einholt.

Unterschrift: _____ Datum: _____

Hinweise zur Bundesbeihilfeverordnung (BBhV):
Die Beihilfeansprüche verjähren nach einem Jahr der Rechnungsstellung.

Hinweise zur Beihilfeverordnung (BVO) Baden- Württemberg:
Die Beihilfeansprüche verjähren nach Ablauf der beiden Kalenderjahre, die auf das Jahr des Entstehens der Aufwendungen folgen.
Die Beihilfe wird auf Ihr Gehaltskonto überwiesen.

Die Kostendämpfungspauschale, ein für jedes Rechnungsjahr einmaliger Abzugsbetrag nach Festsetzung der Beihilfe, richtet sich nach der individuellen Entgelt- oder Besoldungsgruppe.

Entgeltgruppe	Besoldungsgruppe	Aktive ab 01.01.2013 (Betrag in Euro)	Versorgungsempfänger ab 01.01.2013 (Betrag in Euro)
E 5 – 7	A 6 – 7	90,00	75,00
E 8 – 9	A 8 – 9	100,00	85,00
E 10	A 10 – 11	115,00	105,00
E 11 – 12	A 12, C1 – C3	150,00	125,00
E 13 – 14	A 13 – 14, W1	180,00	140,00
E 15, 15Ü	A 15 – 16, C4, W2	225,00	175,00
	B 1 – 2, W3	275,00	210,00
	B 3 – 5	340,00	240,00
	B 6 – 8	400,00	300,00
Höhere Besoldungsgruppen		480,00	330,00

