Antrag auf Beihilfe in Krankheits- Pflege- und Geburtsfällen

ZDF

Bitte angeben:

Gesamtsumme 0,00 € _____€

☐ Es sind Pflegeaufwendungen enthalten.

Datum der Antragstellung: _____

Eingangsstempel

COMRAMO AG
Beihilfeberechnungsstelle
Postfach 3320
30033 Hannover

Antragsteller/in (Name, Vorname)	Geburtsdatum	Beihilfenummer

Bei **erstmaliger** Antragstellung: Bitte **sämtliche Fragen vollständig** beantworten!

Bei **wiederholter** Antragstellung:

Haben sich Änderungen bei den Fragen 1 bis 9 gegenüber den Angaben im letzten Antrag ergeben?

☐ ja, Änderungen zu Frage/n _____

Änderungen seit _____

Frage/n erneut vollständig beantworten!

☐ nein, keine Änderungen
dann weiter bei Nr. 10!

Beachten Sie bitte, dass eine Beihilfe nur festgesetzt werden kann, wenn der Antrag alle erforderlichen Angaben und ausreichenden Unterlagen enthält. Unvollständig ausgefüllte Anträge müßten wir Ihnen zur Ergänzung zurückschicken.

Legen Sie bitte Original-Belege oder vom Rechnungssteller ausgefertigte Zweitschriften vor.
Sie erhalten die Belege mit dem Bescheid zurück.

Bei Fragen und Rückfragen im Zusammenhang mit der Beihilfe wenden Sie sich bitte an die Beihilfeberechnungsstelle (Postanschrift siehe oben) Tel. +49 511 12401-200 Fax. +49 511 12401-409 e-mail: ZDF.beihilfe@comramo.de
Informationen zu den aktuellen Beihilfevorschriften erhalten Sie auch im Internet unter www.bmi.bund.de

1 Wohnungsanschrift (Straße, PLZ, Ort)	Telefon	Telefax / E-Mail

Zutreffendes bitte ankreuzen!

2 Familienstand	seit:	Name,Vorname der/des Ehegattin/en	geboren am
☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet			

3 Dienststelle	Personal-Nr.	Kunden/Mandanten-Nr.

Nur ausfüllen, wenn nicht Versorgungsempfänger/in

beschäftigt seit:	vollbeschäftigt seit:	teilzeitbeschäftigt seit:	Anzahl der Wochenstunden:	befristet beschäftigt von - bis
	☐	☐	/	

Eintritt in den Ruhestand / Entlassung am	ohne Bezüge beurlaubt von - bis	Beurlaubungsgrund
☐	☐	☐ Elternzeit ☐ sonstiger Grund

Nur ausfüllen, wenn Versorgungsempfänger/in

Sind Sie noch berufstätig?	Beziehen Sie mehrere Versorgungsbezüge?
☐ nein ☐ ja, bei	☐ nein ☐ ja, von

4 Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

	Vorname (ggf. auch Familienname)	geboren am:	Familien-zuschlag (FZ) seit	Wegfall aus dem FZ ab	Wiederaufnahme in den FZ nach Unterbrechung ab	Schüler/ in	Auszub./in Stu-dent/in (Zeit-raum: von - bis)
1. Kind						Ja ○ Nein ○	
2. Kind						Ja ○ Nein ○	
3. Kind						Ja ○ Nein ○	
4. Kind						Ja ○ Nein ○	

Erhält eine andere Person (z. B. Ehegatte/in) für ihre Kinder den Familienzuschlag? Ja ○ Nein ○

5 Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?

(Ehegattin/Ehegatte und im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder)

Personen	Bei privater Krankenversicherung Bitte Nachweis über Art und Umfang beifügen!						Bei gesetzlicher Krankenversicherung (Kranken- oder Ersatzkasse, knappschaftliche Krankenversicherung)				Nicht versichert
	Prozenttarif				Fest-kosten-tarif	Zusatz-tarif *)	pflicht-versichert	freiwillig versichert	familienversichert bei Antrag-steller	bei Ehe-gatten/in	
	ambulant %	stationär %	Zahnkosten %	Pflege %							
Antragsteller/in					○	○	○	○	○	○	○
Ehegatte/in Lebenspartner/in					○	○	○	○	○	○	○
1. Kind					○	○	○	○	○	○	○
2. Kind					○	○	○	○	○	○	○
3. Kind					○	○	○	○	○	○	○
4. Kind					○	○	○	○	○	○	○

Wird ein Zuschuß zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt? ○ nein ○ ja, wem? Höhe des Zuschusses €/mtl.

*) Hierunter fallen Pflegekostenversicherungen, Auslands-(Reise) Versicherungen, Ergänzungstarife für Zahnkosten, Wahlleistungen i m Krankenhaus o. ä., nicht aber Tagegeldversicherungen.

6 Haben Sie oder Ihre Angehörigen eine sonstige eigene Beihilfeberechtigung oder andere Ansprüche?

Personen	nein	ja, als			Wer hat andere Ansprüche, z. B. auf freie Heilfürsorge nach Beamten- oder Soldatenrecht. Krankenhilfe oder Kostenerstattung aufgrund von besonderen Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglicher Regelungen.	gegenüber Dienststelle/Arbeitgeber	seit
		Beamtin/ Beamter	Arbeit-nehmer/in	Versorgungs-empfänger/in			
Antragsteller/in	○	○	○	○	○		
Ehegatte/in	○	○	○	○	○		
1. Kind	○	○	○	○	○		
2. Kind	○	○	○	○	○		
3. Kind	○	○	○	○	○		
4. Kind	○	○	○	○	○		

7 Sind Angehörige bei einer/einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?

○ nein ○ ja, wer ? bei wem ?

8 Haben Sie oder ein/e berücksichtigungsfähige/r Angehörige/r eine Rente aus der gesetzlichen Rentenvers. beantragt?

○ nein ○ ja, wer ? wann? Ist der Antrag abgelehnt worden? ☐ nein ☐ ja

9 Beziehen Sie oder ein/e berücksichtigungsfähige/r Angehörige/r eine Rente?

○ nein ○ ja, wer ? seit wann ? Art der Rente:

10 Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für die/den nicht selbst beihilfeberechtigte/n Ehegattin/en geltend gemacht werden!

Überstiegen die Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) Ihrer/s Ehegattin/en im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe den Betrag von 20.000 € ? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, werden die Einkünfte Ihrer/s Ehegattin/en im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich ebenfalls übersteigen? ☐ nein

Der Gesamtbetrag der Einkünfte ist durch Vorlage einer Ablichtung des Steuerbescheides nachzuweisen !

11 Nur ausfüllen bei Unfällen, anderen schädigenden Ereignissen oder wenn ein Schadenersatz durch Dritte in Frage kommt!

Die geltend gemachten unfallbedingten Aufwendungen (Beleg/e Nr.: _____) sind entstanden durch:

☐ einen Unfall im privaten Bereich ☐ einen Dienst-unfall ☐ einen Arbeits-unfall ☐ eine Berufs-krankheit ☐ einen Schul-unfall ☐ einen Kindergarten-unfall ☐ ein anderes schädigendes Ereignis

(Bitte immer Unfallschilderung auf gesondertem Blatt beifügen!)

Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung oder Schadenersatz? ☐ nein ☐ ja

12 Nur ausfüllen, wenn die private Versicherung Leistungsausschlüsse enthält!

Um welche Aufwendungen handelt es sich? Beleg/e Nr.: _____

Die oben angegebenen Belege enthalten Aufwendungen für Krankheiten, für die **Versicherungsleistungen ausgeschlossen** oder **auf Dauer eingestellt** worden sind.

Bitte Nachweise über Ausschluß beifügen (Versicherungsscheine o. ä.)

13 Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für häusliche oder stationäre Pflege geltend gemacht werden!

Name der pflegebedürftigen Person: _____

Pflegegrad: _____ ☐ häusliche Pflege ☐ stationäre Pflege

Leistungszusage der Pflegekasse ☐ liegt Ihnen vor ☐ füge ich bei

☐ Ich versichere, dass die Pflege im Zeitraum vom _____ bis _____ durchgeführt wurde und beantrage hiermit das entsprechende Pflegegeld.

☐ Folgende Unterbrechungen (Kurzzeitpflege/Krankenhaus/etc.) haben stattgefunden:

von _____ bis _____ Grund: _____

☐ Hiermit beantrage ich **Abschläge** auf das Pflegegeld/die Heimpflegekosten für die nächsten 6 Monate ab _____ und werde nach Ablauf des Abschlags-Zeitraums einen Antrag einreichen, damit die Beihilfe festgesetzt und die Abschläge verrechnet werden können.

14 Nur ausfüllen, wenn ein Abschlag gezahlt wurde!

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich am: _____ einen Abschlag in Höhe von: _____ € erhalten.

15 Bankverbindung: (Nur ausfüllen bei erstmaliger Antragstellung oder wenn sich die Bankverbindung geändert hat.)

Kontoinhaber:	Geldinstitut:
BIC	IBAN

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu Beihilfezwecken gespeichert werden. Ich versichere, dass alle Angaben zu den Nummern 1 – 15 richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich auch nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sofort schriftlich anzuzeigen habe und dass ich verpflichtet bin, Beihilfe die ich für meine/n Ehefrau/mann etc. erhalten habe, zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe ihrer/seiner Einkünfte unzutreffend sind oder durch nachträgliche Erhöhung (Festsetzung des Finanzamtes) unzutreffend werden.

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

Ort, Datum	Unterschrift

Zusammenstellung der Aufwendungen

Alle Belege bitte nach Antragsteller (A), Ehegatte (E) und Kind/er (K1, K2 ...) und innerhalb dieser Gruppen nach Ausstellungsdatum (bei Rezepten nach Kaufdatum) sortieren und einzeln eintragen. Bitte zuletzt die **Gesamtsumme** ermitteln.

Beleg Nr.	A, E, oder K1, K2, etc.	Datum der Rechnung, **Kauf**datum des Rezepts	Art der Leistung (z.B. ärztliche Behandlung, Krankenhaus, Rezept, Zahnersatz, Pflege)	Rechnungsbetrag EUR	Kostenerstattung von anderer Seite (falls kein Prozenttarif, Betrag angeben) %	EUR	Ct
1	2	3	4		6	7	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
			Gesamtsumme:	0,00 €		0,00 €	

Hinweise:

1. Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungs- bzw. Kaufdatum beantragt wird. (Beispiel: Die Rechnung ist am 4.10. ausgestellt worden, der Antrag auf Beihilfe muß spätestens am 4.10. des darauffolgenden Jahres hier eingegangen sein.)
   Für den Beginn der Frist ist bei Pflegeleistungen der letzte Tag des Monats maßgebend, in dem die Pflege erbracht wurde.
2. Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen mehr als 200 Euro betragen. Zur Vermeidung unbilliger Härten sind Ausnahmen (Verjährung, Beendigung) zugelassen.