

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.

1	2	3	4	5	6	
Beleg-Nr.	A, E, oder K1, K2, etc.	Datum der Rechnung, Kaufdatum des Rezeptes	Art der Leistung (z. B. ärztl. Behandlung, Krankenhaus, Rezept, Zahnersatz)	Rechnungsbetrag	Kostenerstattung von anderer Seite (falls kein Prozenttarif, Betrag angeben)	
				EUR	%	EUR
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						



Beihilfeberechnungsstelle
Tel.: 05 11 / 1 24 01 - 200
Fax: 05 11 / 1 24 01 - 409
E-Mail: beihilfe@comramo.de

COMRAMO AG
Beihilfeberechnungsstelle
Postfach 3320
30033 Hannover

Eingangsstempel

Bitte angeben:
Gesamtsumme _____
Es sind Pflegeaufwendungen enthalten.
Datum der Antragstellung: _____

Antrag auf Gewährung einer Beihilfe

Antragsteller/in (Name, Vorname)	Geburtsdatum	Beihilfenummer
Dienststelle/Arbeitgeber (bei Versorgungsempfängern ehem. Dienststelle/Arbeitgeber)		

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 _____ nein, keine Änderungen dann weiter bei Nr. 10!!
Änderungen seit _____
Frage/n erneut vollständig beantworten!

Zutreffendes bitte ankreuzen!

1	Wohnungsanschrift (Straße, PLZ, Ort)	Telefon (tagsüber zu erreichen)	Telefax/E-Mail
2	Familienstand	seit	Name, Vorname der/des Ehegattin/en geboren am
☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet			
3	Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	beschäftigt seit	befristet beschäftigt von-bis
☐ Beamter/Beamtin ☐ Versorgungsempfänger/in ☐ Tarifbeschäftigte/r			
Personal-Nr. bei Dienststelle/Arbeitgeber		Kunden-Nr.	Mandanten-Nr.
		Anzahl der Wochenstunden	
☐ vollzeit ☐ teilzeitbeschäftigt seit: _____			
Eintritt in den Ruhestand / Entlassung am		ohne Bezüge beurlaubt von - bis	Beurlaubungsgrund
			☐ Elternzeit ☐ Sonstiges _____
Nur vom Versorgungsempfänger/in auszufüllen			
Sind Sie noch berufstätig?		Beziehen Sie mehrere Versorgungsbezüge?	
☐ nein ☐ ja, bei _____		☐ nein ☐ ja, welche? _____	

4

Im Familienzuschlag (FZ) berücksichtigungsfähige Kinder

	Vorname (ggf. auch Familienname)	geboren am	Freiwilligendienst von - bis	Schüler/in	Student/in	Auszub.
1. Kind				☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
2. Kind				☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
3. Kind				☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
4. Kind				☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Erhält eine andere Person (z. B. Ehegatte/in) für ihr Kind/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			Festkostentarif	Zusatztarif *)		pfllicht-ver-sichert	freiwillig ver-sichert	familienversichert	
	ambulant %	stationär %	Zahnkosten %	Pflege %					bei Antragsteller	bei Ehegatten/in
Antragsteller/in										
Ehegatte/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 im 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 Kostenersatzung aufgrund von besonderen Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglicher Regelungen.	gegenüber Dienststelle/Arbeitgeber	seit
		Beamtin/Beamter	Arbeitnehmer/in	Versorgungsempfänger/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 ?

Hinweis: Aufwendungen für diese Angehörigen können nur unter Vorlage der Originalbelege geltend gemacht werden!

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 vorvergangenen Kalenderjahr 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

☐ ja

11

Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für die Behandlung durch einen nahen Angehörigen geltend gemacht werden!

Um welche Aufwendungen handelt es sich?

Beleg/e Nr.:

Hinweis: Nahe Angehörige sind: Ehegatte/in, Kinder und Eltern der jeweils behandelten Person.

12

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

Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung (z. B. auf Leistung aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder beamtenrechtlichen Unfallfürsorge)?

☐ nein

☐ ja

Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht?

☐ nein

☐ ja

13

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 Ausschuß beifügen (Versicherungsscheine o. ä.)

14

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.

Unterbrechung der Pflege von - bis Grund der Unterbrechung:

Hiermit beantrage ich Abschläge auf das Pflegegeld/die Heimpflegekosten für die nächsten 6 Monate ab und werde nach Ablauf des Abschlag-Zeitraums einen Antrag einreichen, damit die Beihilfe festgesetzt werden kann.

15

Nur ausfüllen in Geburts- oder Todesfällen (gilt nur noch in bestimmten Beihilfevorschriften, z. B. AVR-DD)

☐ Ich beantrage den Pauschbetrag für Säuglings- und Kleinkinderausstattung

☐ Ich beantrage den Pauschbetrag in Todesfällen (Ehegatte/in - Kind)

Bitte eine Kopie der Geburts- bzw. Sterbeurkunde beifügen!

16

Nur ausfüllen, wenn ein Abschlag gezahlt wurde!

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich am:

einen Abschlag in Höhe von:

€ erhalten.

17

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 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 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
------------	--------------