

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

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
<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet		
3 Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	beschäftigt seit	befristet beschäftigt von-bis
<input type="radio"/> Beamter/Beamtin <input type="radio"/> Versorgungsempfänger/in <input type="radio"/> Tarifbeschäftigte/r		
Personal-Nr. bei Dienststelle/Arbeitgeber	Kunden-Nr.	Mandanten-Nr.
Anzahl der Wochenstunden		
<input type="radio"/> vollzeit <input type="radio"/> teilzeitbeschäftigt seit: _____		
Eintritt in den Ruhestand / Entlassung am	ohne Bezüge beurlaubt von - bis	Beurlaubungsgrund
		<input type="radio"/> Elternzeit <input type="radio"/> Sonstiges _____
Nur vom Versorgungsempfänger/in auszufüllen		
Sind Sie noch berufstätig?	Beziehen Sie mehrere Versorgungsbezüge?	
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, bei _____	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche? _____	

4 Im Familienzuschlag (FZ) berücksichtigungsfähige Kinder						
	Vorname (ggf. auch Familienname)	geboren am	Freiwilligendienst von - bis	Schüler/in	Student/in	Auszub.
1. Kind				<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
2. Kind				<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
3. Kind				<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
4. Kind				<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Erhält eine andere Person (z. B. Ehegatte/in) für ihr Kind/ihre Kinder den Familienzuschlag?				<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	

5 Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen? (Ehegattin/Ehegatte und im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder)										
Personen	Bei privater Krankenversicherung <small>Bitte Nachweis über Art und Umfang beifügen!</small>					Bei gesetzlicher Krankenversicherung <small>(Kranken- oder Ersatzkasse, knappschaftliche Krankenversicherung)</small>				Nicht versichert
	Prozenttarif					pflicht-versichert	freiwillig-versichert	familienversichert		
	ambulant %	stationär %	Zahnkosten %	Pflege %	Festkostentarif			Zusatz-tarif *)		bei Antrag-steller
Antrag-steller/in										
Ehegatte /in										
1. Kind										
2. Kind										
3. Kind										
4. Kind										
Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wem? Höhe des Zuschusses € / mtl.										
<small>*) Hierunter fallen Pflegekostenversicherungen, Auslands-(Reise) Versicherungen, Ergänzungstarife für Zahnkosten, Wahlleistungen im Krankenhaus o. ä., nicht aber Tagesgeldversicherungen.</small>										

6 Haben Sie oder Ihre Angehörigen eine sonstige eigene Beihilfeberechtigung oder andere Ansprüche?						
Personen	nein	ja, als			gegenüber Dienststelle/Arbeitgeber	seit
		Beamtin/ Beamter	Arbeit- nehmer/in	Versor- gungsem- pfänger/in		
<small>Wer hat andere Ansprüche, z. B. auf freie Heilfürsorge nach Beamten- oder Soldatenrecht, Krankenhilfe oder Kostenerstattung aufgrund von besonderen Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglicher Regelungen.</small>						
Antragsteller/in						
Ehegatte/in						
1. Kind						
2. Kind						
3. Kind						
4. Kind						

7 Sind Angehörige bei einer/einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?	
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wer ?	bei wem ?
<small>Hinweis: Aufwendungen für diese Angehörigen können nur unter Vorlage der Originalbelege geltend gemacht werden!</small>	

8 Haben Sie oder ein/e berücksichtigungsfähige/r Angehörige/r eine Rente aus der gesetzlichen Rentenvers. beantragt?			
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wer ?	wann ?	Ist der Antrag abgelehnt worden?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja

9 Beziehen Sie oder ein/e berücksichtigungsfähige/r Angehörige/r eine Rente?		
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> 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 €?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Wenn ja, werden die Einkünfte Ihrer/s Ehegattin/en im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich ebenfalls übersteigen?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> 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.:
<small>Hinweis: Nahe Angehörige sind: Ehegatte/in, Kinder und Eltern der jeweils behandelten Person.</small>	

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:	
<input type="radio"/> einen Unfall im privaten Bereich	<input type="radio"/> einen Dienst-unfall
<input type="radio"/> einen Arbeits-unfall	<input type="radio"/> eine Berufs-krankheit
<input type="radio"/> einen Schul-unfall	<input type="radio"/> einen Kindergarten-unfall
<input type="radio"/> ein anderes schädigendes Ereignis	
Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung (z. B. auf Leistung aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder beamtenrechtlichen Unfallfürsorge)?	
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht?	
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> 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.	
<small>Bitte Nachweise über Ausschluss beifügen (Versicherungsscheine o. ä.)</small>	

14 Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für häusliche oder stationäre Pflege geltend gemacht werden!	
Name der pflegebedürftigen Person:	_____
Pflegegrad:	<input type="radio"/> häusliche Pflege <input type="radio"/> stationäre Pflege
Leistungszusage der Pflegekasse	<input type="radio"/> liegt Ihnen vor <input type="radio"/> 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)	
<input type="radio"/> Ich beantrage den Pauschbetrag für Säuglings- und Kleinkinderausstattung	<input type="radio"/> Ich beantrage den Pauschbetrag in Todesfällen (Ehegatte/in - Kind)
<small>Bitte eine Kopie der Geburts- bzw. Sterbeurkunde beifügen!</small>	

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:

<small>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.</small>	
Ort, Datum	Unterschrift