

Antrag auf Beihilfe in Krankheits- Pflege- und Geburtsfällen

ZDF

Bitte angeben:

Gesamtsumme _____ €

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

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 Beihilfavorschriften 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 |

| | |
|--|---|
| 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 21.832 € ? | nein ja Wenn ja, werden die Einkünfte Ihrer/s Ehegattin/en im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich ebenfalls übersteigen? <input type="checkbox"/> 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 |
| <input type="checkbox"/> | Ich versichere, dass die Pflege im Zeitraum vom _____ bis _____ durchgeführt wurde und beantrage hiermit das entsprechende Pflegegeld. | |
| <input type="checkbox"/> | Folgende Unterbrechungen (Kurzzeitpflege/Krankenhaus/etc.) haben stattgefunden: von _____ bis _____ Grund: _____ | |
| <input type="checkbox"/> | 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 Preiserhöhungen 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, zurückzahlen, 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, Kaufdatum des Rezepts | Art der Leistung (z.B. ärztliche Behandlung, Krankenhaus, Rezept, Zahnersatz, Pflege) | Rechnungsbetrag | | Kostenerstattung von anderer Seite (falls kein Prozenttarif, Betrag angeben) | |
|---------------------|-------------------------|---|---|-----------------|---|--|----|
| | | | | EUR | % | 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: | | | | | | | |

Hinweise:

1. Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb von drei Jahren nach Rechnungs- bzw. Kaufdatum beantragt wird. (Beispiel: Die Rechnung ist am 4.5.2024 ausgestellt worden, der Antrag auf Beihilfe muss spätestens am 4.5.2027 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.