

Ergänzungsblatt

Das Ergänzungsblatt ist nur beizufügen bei(m):

1. Erstantrag (bitte vollständig ausfüllen)
2. Änderungen Ihrer persönlichen Angaben (bitte nur die jeweiligen Änderungen eintragen).

Eine Änderung der nachfolgenden Daten (Pkt. 1 bis 4) teilen Sie bitte auch Ihrer „gehaltszahlenden“ Stelle mit.

| | |
|-----------------------------|--------------|
| Personalnummer/Aktenzeichen | Geburtsdatum |
| Name | Vorname |
| Tel. dienstlich* | Tel. privat* |

*freiwillige Angabe

1. Allgemeine Angaben zum / zur Beihilfeberechtigten

Privatanschrift

| | | | |
|--------|-----|-----|---------|
| Straße | Nr. | PLZ | Wohnort |
|--------|-----|-----|---------|

Bezügekonto

| | | | |
|-----|----------|-------------|--------------|
| BLZ | Bankname | Kontonummer | Kontoinhaber |
|-----|----------|-------------|--------------|

2. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

beschäftigt seit als Beamter/Beamtin Tarifbeschäftigte(r) DO-Angestellte(r)

bei Dienststelle (Bezeichnung, Anschrift)

bei Teilzeitbeschäftigung: beschäftigt mit von Wochenstunden

Unterbrechungszeiten (z.B. Beurlaubung) im letzten und laufenden Kalenderjahr

ausgeschieden seit von bis

3. Angaben zum Familienstand, dem Ehegatten / dem eingetragenen Lebenspartner, dem Kind / den Kindern

a) ledig verheiratet eingetragene Lebenspartnerschaft seit
 geschieden verwitwet

b) Ehegatte / eingetragener Lebenspartner

| | | |
|---------|-----------------------|--------------|
| Vorname | abweichender Nachname | Geburtsdatum |
|---------|-----------------------|--------------|

c) Kinder Berücksichtigungsfähig

| | | | | |
|---------|-----------------------|------------|-----------|----------|
| Vorname | abweichender Nachname | Geb.-datum | von - bis | auch bei |
| Vorname | abweichender Nachname | Geb.-datum | von - bis | auch bei |

bei weiteren Kindern bitte weiteres Ergänzungsblatt verwenden

4. Anspruchskonkurrenz / Weitere Ansprüche (auch die des Ehegatten / des eingetragenen Lebenspartners, des Kindesvaters / der Kindesmutter, des Kindes / der Kinder)

a) Ist Ihr Ehegatte (auch der geschiedene) oder eingetragene Lebenspartner im öffentlichen Dienst beschäftigt? ja nein

b) Ist der andere Elternteil eines unter Nr. 3c) genannten Kindes ebenfalls im öffentlichen Dienst beschäftigt? ja nein

c) Bestehen neben Ihrem hier geltend gemachten Beihilfeanspruch weitere Beihilfeansprüche, Ansprüche auf Heilfürsorge oder Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)?
Wenn ja, bitte Nachweis(e) beifügen!

| | | |
|--------|----------|-----------------|
| Person | Anspruch | Zahlende Stelle |
| Person | Anspruch | Zahlende Stelle |

5 Angaben zum Versicherungsschutz

Bei erster Antragstellung und bei jeder Änderung ist zwingend ein aktueller Versicherungsnachweis (mit Angabe des Versicherungsumfangs) vorzulegen!

a.) Versichert bei einem privaten Versicherungsunternehmen

| Versicherte Person | Normaltarif | Standard- / Basistarif | Festkostentarif | Zusatztarif ¹⁾ | Seit |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|------|
| Berechtigter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ehegatte / eingetragener Lebenspartner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Kind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Kind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

b.) Versichert bei einer gesetzlichen Krankenkasse, Ersatzkasse oder Knappschaft

| Versicherte Person | Pflicht-versichert | Freiwillig versichert | Familienversichert über folgende Person | Zusatztarif ¹⁾ | Seit |
|--|--------------------------|--------------------------|---|---------------------------|------|
| Berechtigter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Ehegatte / eingetragener Lebenspartner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Kind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Kind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

1) Hierunter fallen z.B. private Pflegekostenversicherungen, Ergänzungstarife für Zahn- und ambulante Kosten sowie Auslandsreiseversicherungen o.ä.. Nicht anzugeben sind Tagegeldversicherungen (Krankentagegeldversicherungen, Krankenhaustagegeldversicherungen u. Pflegegeldversicherungen).

c.) Sonstiger Versicherungsschutz bzw. Absicherung im Krankheitsfall

| Person | Heilfürsorge | Anspruch § 10 BVG | Sonstige Absicherung (Bitte erläutern!) | Seit |
|--|--------------------------|--------------------------|---|------|
| Berechtigter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Ehegatte / eingetragener Lebenspartner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kind | | | | |
| Kind | | | | |

6. Betreuer / Bevollmächtigter

Betreuer Bevollmächtigter Nachweis liegt bei liegt bereits vor

| | | | |
|--------|-----|---------|---------|
| Name | | Vorname | |
| Straße | Nr. | PLZ | Wohnort |

Folgende Angabe ist nur erforderlich, wenn die Beihilfe auf das Konto des Betreuers/Bevollmächtigten gezahlt werden soll.

| | | | |
|-----|----------|-------------|--------------|
| BLZ | Bankname | Kontonummer | Kontoinhaber |
|-----|----------|-------------|--------------|

7. Brillen / Kontaktlinsen (unabhängig von der Antragstellung)

Erklärung:
Für die Abrechnung von Sehhilfen sind nach den Beihilfavorschriften auch medizinische Daten früherer Brillen/Kontaktlinsen heranzuziehen.
Ich bin deshalb damit einverstanden, dass die entsprechenden medizinischen Befunde (Refraktionswerte und Indikationen für besondere Mehraufwendungen) dauerhaft – bis auf Widerruf – gespeichert werden.

| | |
|-------|--------------|
| Datum | Unterschrift |
|-------|--------------|

8. Unterschrift

Ich versichere nach bestem Wissen **die Vollständigkeit und Richtigkeit** meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für eine Beihilfegewährung sind.

| | |
|-------|--------------|
| Datum | Unterschrift |
|-------|--------------|