

Anlage "Antragstellerin/ Antragsteller" (Hessen)

Name, Vorname (Antragstellerin/Antragsteller)

Beihilfekennung

1. Wohnanschrift

| | | | |
|--------|-----|------------|--|
| Straße | | Hausnummer | |
| PLZ | Ort | Land | |

2. Private Kontaktdaten

| | | |
|------------------|--------|----------------------|
| Telefon (privat) | E-Mail | Telefon (dienstlich) |
|------------------|--------|----------------------|

3. Dienstherr/Arbeitgeber

| | |
|------------------------|------|
| Dienstherr/Arbeitgeber | seit |
|------------------------|------|

4. Familienstand

ledig
 verheiratet
 verpartnert
 verwitwet
 geschieden
 seit _____
 Versorgungsempfängerin/Versorgungsempfänger
 seit _____

Name, Vorname der Ehegattin/des Ehegatten, der Lebenspartnerin/des Lebenspartners

5. Angaben zum Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis

(sofern nicht bereits Versorgungsempfängerin/Versorgungsempfänger)

| | ab (Datum) | bis (Datum) | ab (Datum) | bis (Datum) |
|---|------------|-------------|------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter | | | | |
| <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter auf Zeit | | | | |
| <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter im Vorbereitungsdienst | | | | |

Beschäftigte/Beschäftigter

| vollbeschäftigt im öffentl. Dienst | teilzeitbeschäftigt im öffentl. Dienst | ab (Datum) | bis (Datum) | Stunden/Woche | Arbeitszeit/Woche |
|---------------------------------------|---|------------|-------------|---------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |

6. Angaben zur Beurlaubung

(sofern nicht bereits Versorgungsempfängerin/Versorgungsempfänger)

| Elternzeit | aus familiären Gründen | Sonstige Beurlaubung ohne Dienstbezüge | ab (Datum) | bis (Datum) |
|--------------------------|--------------------------|---|------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

7. Krankenversicherungsschutz

| Private Krankenversicherung | Gesetzliche Krankenversicherung | | | | KVDR | Andere (Bitte Nachweis beifügen) | Keine Krankenversicherung | ab (Datum) |
|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|---------------------------|------------|
| | Pflicht-versichert (§ 5 SGB V) | freiwillig versichert (§ 9 SGB V) | Familien versichert (§ 10 SGB V) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

Wird zu den Krankenversicherungsbeiträgen ein Zuschuss gewährt?

nein Wenn nein, wurde auf einen zustehenden Zuschuss verzichtet?

nein ja (Wenn ja, bitte Nachweis beifügen)

ja in Höhe von _____ € ab _____ (Bitte Nachweis beifügen)

in Höhe von _____ € ab _____ (Bitte Nachweis beifügen)

8. Besteht für Sie eine anderweitige Beihilfeberechtigung?

nein ja

| Beamtin/Beamter | Beamtin/Beamter auf Zeit | Beschäftigte/Beschäftigter | Witwe/Witwer | Abgeordnete/Abgeordneter | Versorgungsempfängerin/Versorgungsempfänger | ab (Datum) | bis (Datum) |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|---|------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| gegenüber wem | | | | | | | |

9. Nur ausfüllen für Personen mit Rentenanspruch

Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt? nein ja

Wer beantragte die Rente _____ Beginn der Rente _____

Ist der Antrag abgelehnt worden? nein ja