

Name, Vorname (Antragstellerin/Antragsteller)

Beihilfekennung

Anlage "Ehegattin/Ehegatte, Lebenspartnerin/Lebenspartner" (Hessen)

1. Daten Ehegattin/Ehegatte, Lebenspartnerin/Lebenspartner

Name Geburtsdatum

Vorname Geschlecht männlich weiblich

2. Krankenversicherungsschutz

Private Krankenversicherung	Gesetzliche Krankenversicherung					KVdR	Keine Krankenversicherung	ab (Datum)
	Pflicht-versichert (§ 5 SGB V)	Studenten-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)

3. Angaben zur Berücksichtigung von Angehörigen

Ist oder war die Ehegattin/der Ehegatte/die Lebenspartnerin/der Lebenspartner in den letzten zwölf Monaten bis einschließlich dem Tag der Antragstellung berufstätig, in (Hoch-)Schulbildung, in Berufsausbildung, arbeitslos, in Mutterschutz oder Elternzeit, Empfänger/in von Versorgungsbezügen oder Renten?

nein ja und zwar: **(Diese Angaben sind freiwillig und dienen der Plausibilitätsprüfung)**

Name der Ausbildungsstätte bzw. des Arbeitgebers, "Schulbildung", "Hochschulbildung", "arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld oder -hilfe", "Mutterschutz", "Elternzeit", "Versorgungsempfänger/in" oder "Rentenbezieher/in"	berufstätig, in Ausbildung, arbeitslos usw.	
	von (Datum)	bis (Datum)

4. Besteht für die Ehegattin/den Ehegatten, die Lebenspartnerin/den Lebenspartner eine eigene Beihilfeberechtigung?

nein ja, als

Beamtin/ Beamter	Beschäftigte/ Beschäftigter	Abgeordnete/ Abgeordneter	Versorgungs- empfängerin/ Versorgungs- empfänger	ab (Datum)	bis (Datum)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
gegenüber wem					

5. Angaben zum Einkommen der Ehegattin/des Ehegatten, der Lebenspartnerin/des Lebenspartners

Übersteigt der Gesamtbetrag der Einkünfte Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten, Ihrer Lebenspartnerin/Ihres Lebenspartners (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz - EStG) im vorletzten Kalenderjahr vor Antragsstellung das Zweifache des steuerlichen Grundfreibetrags nach § 32 a Abs. 1 Nr. 1 EStG? Den Gesamtbetrag der Einkünfte bitte durch Vorlage einer Kopie des Steuerbescheides nachweisen.

nein ja Der Steuerbescheid liegt vor ist beigelegt

Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag vorraussichtlich übersteigen?

nein ja

6. Nur ausfüllen für Personen mit Rentenanspruch

Hat Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte, Ihre Lebenspartnerin/Ihr Lebenspartner eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?

nein ja Beginn der Rente _____

Wenn ja, ist der Antrag abgelehnt worden?

nein ja

Hinweis: Die Fragen zum Krankenversicherungsschutz, zu einer eigenen Beihilfeberechtigung und zum Einkommen sind erforderlich für die Ermittlung des Beihilfebemessungssatzes (§ 15 Hessische Beihilfenverordnung - HBeihVO) und sofern Aufwendungen für die Ehegattin oder den Ehegatten geltend gemacht werden, ob und in welcher Höhe diese beihilfefähig sind. Dies gilt entsprechend für Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner.