

Name, Vorname (Antragstellerin/Antragsteller)

Anlage "Kind" (Hessen)

Für jedes Kind bitte eine eigene Anlage ausfüllen

Beihilfekennung

1. Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähiges Kind

Vorname

Geburtsdatum

Name (nur wenn abweichend zur Antragstellerin/zum Antragsteller)

Geschlecht männlich weiblich

im Familienzuschlag berücksichtigt ab	Wegfall aus dem Familienzuschlag ab	Grund für den Wegfall

2. Krankenversicherungsschutz

Private Krankenversicherung	Gesetzliche Krankenversicherung					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)	Keine Krankenversicherung		
<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"/>	

Wenn familienversichert, bei welcher Person?

Wird zu den Krankenversicherungsbeiträgen ein Zuschuss gewährt?

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

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

3. Angaben zur Berücksichtigung von Angehörigen

Ist oder war das berücksichtigungsfähige Kind 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 notwendig 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. Ist dieses Kind bei einer/einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?

nein ja ab _____

bei wem

Name	Vorname
------	---------

Wer bezieht den Familienzuschlag?

Antragstellerin/Antragsteller ab _____

andere Beihilfeberechtigte/anderer Beihilfeberechtigter ab _____

5. Besteht für dieses Kind eine anderweitige Beihilfeberechtigung?

(z. B. aufgrund des Erhalts von Waisengeld)

nein ja von _____ bis _____

gegenüber wem _____

6. Angaben zur Verlängerung der Berücksichtigungsfähigkeit nach Vollendung des 25. Lebensjahres

Das Kind befindet sich in Schul- oder Berufsausbildung

nein ja von _____ bis _____

Die Ausbildung wurde unterbrochen oder verzögert durch Ableistung eines Freiwilligendienstes

nach § 58b Soldatengesetz (freiwilliger Wehrdienst) von _____ bis _____

nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz von _____ bis _____

nach dem Jugendfreiwilligendienstegesetz von _____ bis _____

nach einem sonstigen anerkannten Freiwilligendienst von _____ bis _____

Bezeichnung des Freiwilligendienstes	Rechtsgrundlage

als Entwicklungshelfer/in im Sinne des § 1 Abs. 1 Entwicklungshelfer-Gesetz

(Bitte jeweils entsprechenden Nachweis - Berufsausbildungsvertrag, Immatrikulationsbescheinigung, Bescheinigung über die Ableistung des Freiwilligendienstes - in Kopie beifügen. Aus Vereinfachungsgründen wird die Berücksichtigungsfähigkeit immer bei der/dem Beihilfeberechtigten verlängert, bei der/dem das Kind auch zuvor berücksichtigt wurde. Soll von dieser Verfahrensweise abgewichen werden, müssen dies beide Eltern schriftlich gegenüber der Festsetzungsstelle erklären.)

Hinweis: Die Fragen zum Familienzuschlag, Krankenversicherungsschutz, der Berücksichtigungsfähigkeit und anderweitigen Beihilfeberechtigung sind erforderlich für die Ermittlung des Beihilfebemessungssatzes (§ 15 Hessische Beihilfenverordnung - HBeihVO) und sofern Aufwendungen für das Kind geltend gemacht werden, ob und in welcher Höhe diese beihilfefähig sind.