



Eingang Beihilfefestsetzungsstelle

Adresse des Arbeitgebers

## Antrag auf Beihilfe (Hessen)

### Angaben zum Beihilfeberechtigten

Beihilfekennung	Mitglieds-Nr.	Mitgliedsname	
Titel	Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Ort

**Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit der folgenden Angaben.**

**Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Leistungen (auch solche nach §§ 61 und 62 SGB V), Beitragsrückzahlungen gesetzlicher Krankenkassen, Verkaufserlöse für Hilfsmittel usw., Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen zu den geltend gemachten Aufwendungen, nachträgliche Änderungen zum Kindergeld bzw. der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.**

**Ich bin verpflichtet, die Beihilfe für meinen Ehegatten und die auf den erhöhten Bemessungssatz entfallende Beihilfe zurückzuzahlen, soweit die Angabe über die Höhe ihrer Einkünfte unzutreffend sind oder durch nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (z.B. durch Feststellung des Finanzamtes) unzutreffend werden.**

**Für die nachfolgend geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.**

**Die Hinweise und Erläuterungen auf Seite 5 des Antrages habe ich zur Kenntnis genommen.**

Datum	Unterschrift Antragsteller	Gesamtaufwendungen in €	Gesamtanzahl Belege
-------	----------------------------	-------------------------	---------------------

Wenn Bevollmächtigter: Vollmacht    anbei    liegt bereits vor

**Gibt es Änderungen zu den Stammdaten?** (z.B. Adresse, Familienstand, Bankverbindung, Versicherung)

Ja, die Änderungen der Stammdaten habe ich entweder auf dem Grunddatenblatt ausgefüllt und dem Antrag als Anlage beigelegt, oder auf den Seiten 1 bis 5 zu den jeweiligen Punkten (ggf. auf einem gesonderten Blatt) vollständig eingetragen und die erforderlichen Nachweise in Kopie beigelegt.

Nein, ich übersende nur die Seite 1 als Kurzantrag.

### Weitere Angaben

Es werden Pflegeaufwendungen nach § 9 HBeihVO geltend gemacht (Bitte zusätzlich Anlage "Pflege" ausfüllen)

Es werden Sachleistungsaufwendungen nach § 5 Abs. 5 HBeihVO geltend gemacht (Bitte Hinweis Nr. 6 auf Seite 5 beachten)

Es werden Unfallaufwendungen geltend gemacht (Bitte zusätzlich Anlage "Unfall" ausfüllen)

Belege, die Unfallaufwendungen enthalten, bitte oben rechts mit einem **"U"** kennzeichnen

Hiermit beantrage ich eine Abschlagszahlung

Dem Antragsteller wurde ein Abschlag gewährt **(Eintrag durch die Dienststelle)**

am	Betrag in €	Datum	Unterschrift Dienststelle
----	-------------	-------	---------------------------

**1. Angaben zu den berücksichtigungsfähigen Angehörigen in den letzten 12 Monaten vor der Antragstellung**

Waren ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Ehegatte, Kinder) in den letzten zwölf Monaten vor der Antragstellung:

- |  |  |
|--|--|
| 01. nicht erwerbstätig   | 02. geringfügig beschäftigt                                  |
| 03. berufstätig  | 04. selbständig  |
| 05. in Schulausbildung   | 06. in einem Studium   |
| 07. in Berufsausbildung/dualem Studium mit<br>Ausbildungsvergütung | 08. im FÖJ/FSJ/Bundesfreiwilligendienst/freiw.<br>Wehrdienst |
| 09. arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld                      | 10. in Elternzeit  |
| 11. Empfänger von Versorgungsbezügen oder Renten                   | 12. beschäftigt im öffentlichen Dienst                       |

**Bitte die Spalte mit der entsprechenden Ziffer 1-12 ergänzen**

Name	Vorname	Ziffer (1-12)	Datum von TT.MM.JJJJ	Datum bis TT.MM.JJJJ

**1a. Zu berücksichtigende Kinder**

Name	Vorname	Kindergeldanspruch	Familienzuschlag
		Ja, bis: Nein, seit:	Erhält Antragsteller Ehegatte berücksichtigt ab: Wegfall zum/ab:
		Ja, bis: Nein, seit:	Erhält Antragstelle Ehegatte berücksichtigt ab: Wegfall zum/ab:
		Ja, bis: Nein, seit:	Erhält Antragsteller Ehegatte berücksichtigt ab: Wegfall zum/ab:

Nachweis anbei liegt bereits vor

**2. Besteht für Sie oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine anderweitige Beihilfeberechtigung?**

Ja, als      Nein

Beamtenanwärter	Beamter	Versorgungsempfänger
(DO-)Angestellter mit beamtenrechtl. Versorgung		(DO-)Angestellter mit beamtenrechtl. Versorgung im Ruhestand
Tarifbeschäftigter		Rentner

Name	Vorname	seit (TT.MM.JJJJ):
------	---------	--------------------

**3. Bestehen vorrangige Ansprüche auf Leistungen im Krankheitsfall nach anderen Rechtsvorschriften?**

Bestehen Ansprüche zu den geltend gemachten Aufwendungen aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften (z.B. gesetzliche Unfallversicherung, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz, Heilfürsorge) oder arbeitsvertragliche Vereinbarungen? Ja      Nein

Nachweis anbei liegt bereits vor

#### 4. Angaben zu dem Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten

Erhielt Ihr Ehegatte im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG)? - bitte Hinweis 4 beachten -	Ja	Nein
Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte Ihres Ehegatten im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung das Zweifache des Grundfreibetrags nach § 32a Abs. 1 EStG? - bitte Hinweis nur 5 beachten -	Ja	Nein
Wird diese Einkunftsgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten?	Ja	Nein

#### 5. Angaben zur Krankenversicherung

Beim Ausfüllen der Unterpunkte 5a und 5b gilt folgende Reihenfolge:  
1. Berechtigter 2. Ehegatte 3. - 7. Kinder (aufsteigend nach Geburtsdatum)

##### 5a. Versicherte Personen

Nr.	Name	Vorname	Geburtsdatum	Versicherungsschutz besteht seit:	nicht versichert
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

##### 5b. Versicherungsschutz

Nr.	Name der Versicherung	privat versichert	pflichtversichert	freiwillig versichert	rentenpflichtversichert	familienversichert über Person Nr.:		Kostenerstattung	Vertrag Kostenerstattung	
						1	2		anbei	liegt bereits vor
1.						1	2		anbei	liegt bereits vor
2.						1	2		anbei	liegt bereits vor
3.						1	2		anbei	liegt bereits vor
4.						1	2		anbei	liegt bereits vor
5.						1	2		anbei	liegt bereits vor
6.						1	2		anbei	liegt bereits vor
7.						1	2		anbei	liegt bereits vor

Bei einem Wechsel der Krankenversicherung: Bei welcher Person und wann hat dieser stattgefunden?

Name	Vorname	Datum des Krankenversicherungswechsels
------	---------	--

Wenn einer der Elternteile gesetzlich krankenversichert, das Kind jedoch privat versichert ist:

Besteht ein Anspruch auf eine kostenfreie Familienversicherung nach § 10 SGB V?	Ja	Nein
Ein Nachweis der gesetzlichen Krankenkasse	anbei	liegt bereits vor

### 5c. Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

Erhält eine der auf Seite 3 genannten Personen einen Arbeitgeberanteil zum Krankenversicherungsbeitrag oder einen Rentenanteil zum Krankenversicherungsbeitrag vom Rententräger?

Ja Nein

Name	Vorname	Zuschuss in €
------	---------	---------------

Nachweis  
anbei liegt bereits vor

Name	Vorname	Zuschuss in €
------	---------	---------------

Nachweis  
anbei liegt bereits vor

### 6. Nur auszufüllen für Personen mit Rentenanspruch

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

Ja Nein

Name	Vorname	Tag der Rentenanspruchstellung
------	---------	--------------------------------

Ist der Antrag  
abgelehnt worden?

Ja Nein

Name	Vorname	Tag der Rentenanspruchstellung
------	---------	--------------------------------

Ja Nein

### 7. Werden Aufwendungen aus den nachfolgend genannten Bereichen geltend gemacht?

Ja Nein

Die Behandlung erfolgte durch einen nahen Angehörigen (Ehegatte, Kind oder Elternteil der behandelten Person)

Bitte Belege oben rechts mit "A" kennzeichnen

Versicherungsleistungen sind ausgeschlossen worden

Bitte Belege oben rechts mit "L" kennzeichnen

Nachweis anbei liegt bereits vor

Es wurden oder werden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) in Anspruch genommen

Bitte Belege oben rechts mit "G" kennzeichnen

### 8. Werden Aufwendungen zu einem Todesfall geltend gemacht?

Ja Nein

Name des Verstorbenen	Vorname des Verstorbenen
-----------------------	--------------------------

Ort des Ablebens	Todestag
------------------	----------

In welchem Verwandtschaftsverhältnis standen Sie zu der verstorbenen Person?

Verwandtschaftsverhältnis
---------------------------

Sind Ihnen aus Anlass der Beisetzung Aufwendungen (ohne Überführungskosten) in Höhe von mindestens 1.200,00 € entstanden? (Bitte Rechnung zu den Bestattungskosten beifügen)

Ja Nein

Ist der Tod während einer Dienstreise oder Abordnung eingetreten? (Bitte die Rechnung zu den Bestattungs-/ Überführungskosten einfügen)

Ja Nein

## Hinweise zum Antrag:

- 1.) Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungs- bzw. Kaufdatum beantragt wurde. Bei Sachleistungen ist der in der Bescheinigung aufgeführte Behandlungs- bzw. Kauftag maßgeblich. Der Bemessungssatz richtet sich nach den Verhältnissen im Zeitpunkt der Antragstellung.
- 2.) Bitte reichen Sie keine Originalbelege ein. Für die Beantragung der Beihilfe reicht die Vorlage von deutlich lesbaren Duplikaten, Kopien oder Zweitschriften aus. Alle eingesandten Belege werden nach der elektronischen Erfassung vernichtet.
- 3.) Bei Heilbehandlungen und Hilfsmitteln sowie bei Arznei- und Verbandmitteln legen Sie bitte neben der Rechnung die Verordnung eines Arztes bzw. eines Heilpraktikers vor.
- 4.) Einkünfte nach § 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz (EStG) sind neben dem um die Werbungskosten bzw. den Arbeitnehmer-Pauschbetrag verminderten Arbeitslohn, insbesondere der zu versteuernde Anteil von Renten, Einkünften aus Vermietung und Verpachtung, Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft, Einkünfte aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit sowie Kapitaleinkünfte (gekürzt um den z.Zt. gültigen Sparerfreibetrag).
- 5.) Ab dem 01.01.2023 gilt für die Berücksichtigungsfähigkeit von Ehegatten in der Beihilfe: Aufwendungen der Ehegatten gemäß §§ 6 bis 11a HBeihVO sind beihilfefähig, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrages das Zweifache des Grundfreibetrages nach § 32a Abs. 1 Nr. 1 des Einkommensteuergesetzes nicht übersteigt.
- 6.) Das Zweifache des Grundfreibetrages:  
2023 = 21.816 Euro  
2024 = 23.208 Euro  
2025 = 24.192 Euro
- 7.) Sachleistungsbeihilfe: Eine Sachleistungsbeihilfe kann nur gewährt werden, wenn die erforderliche Bescheinigung der Krankenversicherung (ohne Pflegeversicherung) über den monatlichen Krankenversicherungsbeitrag für die dem Antragsmonat vorausgegangenen 12 Kalendermonate vorgelegt wird. Bitte die Bescheinigungen über den Geldwert von Sachleistungen getrennt nach Personen vorlegen.
- 8.) Als jeweils ein Beleg gelten z.B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung (s. Anmerkung 3.) oder Rechnungen über das Zahnarzt Honorar und Material- und Laborkosten.

## Hinweis zum Datenschutz

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten und ggf. die Ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen zur Berechnung und Auszahlung der von Ihnen beantragten Beihilfen nach der Hessischen Beihilfenverordnung und zur Geltendmachung von Arzneimittelrabatten nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz. Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie im Internet unter [www.kdz-wi.de](http://www.kdz-wi.de). Dort sind auch die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten bereitgestellt.

**Zur Verständlichkeit und Lesbarkeit wird im Antrag ausschließlich die männliche Anredeform verwendet. Ein Partner nach § 1 LPartG (eingetragene Lebenspartnerschaft) ist einem Ehegatten gleichgesetzt.**