

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