

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 nach Ziffer 1?

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.