<p style="text-align: center;">Consal Service GmbH Postfach 90 02 54 81502 München</p>	<p style="text-align: center;">Nur von der Dienststelle auszufüllen</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 80px; vertical-align: top; padding: 2px;">Eingangsstempel S-GmbH</td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 80px; vertical-align: top; padding: 2px;">Eingangsstempel (Dienststelle)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px; vertical-align: top; padding: 2px;">geleisteter Abschlag</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px; vertical-align: top; padding: 2px;">Buchungskreis/Haushaltsstelle</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Die Angaben zur Person und die Vollständigkeit des Antrages sind überprüft worden. Der Antragsteller erhält einen / keinen Arbeitgeberzuschuss zur Krankenversicherung.</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small; margin-top: 2px;">Unterschrift Dienststelle</p>	Eingangsstempel S-GmbH	Eingangsstempel (Dienststelle)	geleisteter Abschlag	Buchungskreis/Haushaltsstelle
Eingangsstempel S-GmbH	Eingangsstempel (Dienststelle)				
geleisteter Abschlag	Buchungskreis/Haushaltsstelle				

Antrag auf Beihilfe

Beihilfenummer (soweit bekannt)	Arbeitgebernummer	Antragssumme
---------------------------------	-------------------	--------------

Persönliche Daten Bitte immer ausfüllen!

Name, Vorname des Beihilfeberechtigten		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	
Telefon tagsüber	Telefon privat	Telefax

Bankverbindung

Kontoinhaber	Kreditinstitut
IBAN D E	BIC

- keine Änderungen seit der letzten Antragstellung (wenn die erneute Antragstellung innerhalb eines Kalenderjahres erfolgt)
- Pflegeleistungen werden geltend gemacht

1. Antragsteller

☐ Beamter	☐ Wissenschaftl. Mitglied	☐ Angestellter mit beamt. Versorgung	☐ Emeritus	☐ Versorgungsempfänger	<input type="text" value="seit"/>
☐ auf Widerruf	☐ Sonstiger Arbeitnehmer				
Beschäftigungsbeginn	Dienststelle/Personalnummer	☐ vollzeitbeschäftigt	☐ unbefristet beschäftigt		
		☐ befristet beschäftigt	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>	
		☐ teilzeitbeschäftigt	seit <input type="text"/>	Wo.-Std. oder in Prozent <input type="text"/>	
		☐ Altersteilzeit	seit <input type="text"/>	Wo.-Std. oder in Prozent <input type="text"/>	
Bei Teilzeitbeschäftigten: Die Regelarbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt <input type="text" value="Wochenstunden"/>		☐ mit	Beschäftigungsverhältnis endet zum <input type="text"/>		
☐ in Elternzeit	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>			
Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ eingetragene Lebenspartnerschaft ☐ geschieden ☐ verwitwet		seit <input type="text"/>			
☐ ohne Dienstbezüge beurlaubt		von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>		
Nur für Versorgungsempfänger bzw. Rentner: Ich beziehe <input type="text" value="seit"/>					
☐ Ruhegehalt/Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen		☐ Rente	☐ Vollwaisengeld		

2. Ehegatte/eingetragener Lebenspartner

Name, Vorname des Ehegatten/eingetragener Lebenspartner		Geburtsdatum
Berufstätig in den letzten 12 Monaten? ☐ nein ☐ ja		
☐ Beamter/Versorg.-Empf./Angest. m. beamtenrechtl. Versorgung	☐ Angestellter/Arbeiter	☐ Hausfrau/mann ☐ in Elternzeit
	☐ selbst./freiberufl.	☐ Rentner
Arbeitgeber	tätig seit <input type="text"/>	
Eigener Beihilfeanspruch? ☐ nein ☐ ja	seit wann <input type="text"/>	Wo.-Std. <input type="text"/>
Teilzeitbeschäftigt? ☐ nein ☐ ja		

Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners (§ 2 Abs. 3 EStG) lt. Steuerbescheid. Zu den Einkünften gehören Einkünfte aus selbstständiger und nicht selbstständiger Arbeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung, aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieben sowie Einkünfte im Sinne des § 22 Einkommensteuergesetz. Einkünfte aus selbstständiger Arbeit und Gewerbebetriebe, aus Land- und Forstwirtschaft sind der Gewinn, bei den anderen Einkunftsarten der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten.

im Vorvorkalenderjahr	☐ über 17 000 Euro	☐ unter 17 000 Euro	☐ zwischen 17 000 Euro und 18 000 Euro
im laufenden Kalenderjahr	☐ über 17 000 Euro	☐ unter 17 000 Euro	☐ zwischen 17 000 Euro und 18 000 Euro

3. Im Familienzuschlag berücksichtigte Kinder, Kinder für die Kindergeldanspruch besteht.

Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen geltend gemacht werden Vorname, ggf. Familienname, Geburtsdatum	Welche Person (Name) erhält das Kindergeld bzw. den Familienzuschlag?	Art der Ausbildung (Schulausbildung, Berufsausbildung, Studium)	von		bis	
1.						
2.						
3.						
4.						

Wegfall des Kindergeldanspruchs (gilt auch bei Wehr- oder Zivildienst) Vorname seit

Wiedergewährung Kindergeld nach einer Unterbrechung Vorname seit

Hat eines der Kinder einen eigenen Beihilfeanspruch? Vorname seit
Arbeitgeber

4. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?

Personen	Bei gesetzlicher Krankenversicherung			Besteht eine Private Zusatzkrankenversicherung (VS beifügen)	Bei privater Krankenversicherung					Nicht versichert
	pflicht-versichert	freiwillig versichert	familien-versichert		Bei erstmaliger Antragstellung bzw. bei Tarifänderung bitte einen Nachweis beifügen					
					Ambulant Prozenttarif	Stationär Prozenttarif	Zahn-behandlung Prozenttarif	Zahn-ersatz Prozenttarif	Versicherung im Basis- bzw. Standardtarif	
Antragsteller	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	☐
Ehegatte/eingetr. Lebenspartner	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	☐
1. Kind	☐	☐	☐ bei Mutter ☐ bei Vater	☐	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	☐
2. Kind	☐	☐	☐ bei Mutter ☐ bei Vater	☐	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	☐
3. Kind	☐	☐	☐ bei Mutter ☐ bei Vater	☐	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	☐
4. Kind	☐	☐	☐ bei Mutter ☐ bei Vater	☐	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	☐

Besteht eine Auslandsreisekostenversicherung? ja nein

5. Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt? (nur bei freiwilliger oder privater Krankenversicherung)

nein ja Wer gewährt den Zuschuss? Arbeitgeber Rentenversicherungsträger

Antragsteller Höhe des Zuschusses mtl. Euro seit Höhe des Beitrags (ohne Anteil Krankenhaustage- und Sterbegeld sowie ohne Beitrag für Pflegeversicherung) mtl. Euro

Ehegatte/eingetr. Lebenspartner Höhe des Zuschusses mtl. Euro seit mtl. Euro

6. Haben Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger

▪ eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt? ja nein Wer Wann Wird eine Rente bezogen? ja nein Wer Wann

▪ einen Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung? (z. B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz) oder erhalten Sie einen weiteren Versorgungsbezug? nein ja ▶ **Bitte Nachweis oder Bescheid beifügen.**

7. Nur ausfüllen bei Arbeitslosigkeit (und daher krankenversicherungspflichtig) einer berücksichtigungsfähigen Person

Wer war als arbeitslos beim Arbeitsamt gemeldet Vorname, Name Im Zeitraum von bis

8. Nur ausfüllen bei Unfällen (Ein Unfall ist ein plötzlich auf den Körper einwirkendes Ereignis, das eine Körperschädigung zur Folge hat)

Verletzte Person

Es handelt sich um einen Dienstanfall einen Arbeitsunfall einen Privatunfall einen Schulunfall ein anderes schädigendes Ereignis

Unfalldatum Liegt ein Fremdverschulden vor? nein ja Die Ansprüche werden abgetreten nein ja Bei Fremdverschulden kann die Beihilfe nur gegen Abtretung der Schadenersatzansprüche gewährt werden.

Um welche Belege handelt es sich? Beleg-Nr. **Für die Unfallschilderung und alle notwendigen Angaben bitte ein Zusatzblatt verwenden!**

Adresse der Versicherungsgesellschaft und Schadennummer/Aktenzeichen angeben:

9. Nur ausfüllen bei Behandlung durch einen Angehörigen

Die Behandlung wurde durch einen nahen Angehörigen durchgeführt (nahe Angehörige sind Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern und Kinder der behandelten Person).

Name des nahen Angehörigen / Um welche Belegnummern handelt es sich?

10. Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht werden, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder dauernd eingestellt worden sind

Um welche Aufwendungen handelt es sich Nachweis-Versicherungsschein über Ausschluss usw. bitte beifügen

11. Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen im Ausland entstanden sind

Aufwendungen sind aus dienstlichem Anlass entstanden Aufwendungen sind aus privatem Anlass entstanden

Dienstreise von bis in (Land)

Besteht eine private Auslandsreisekrankenversicherung? nein ja

Abordnung von bis

12. Nur auszufüllen bei Aufwendungen für häusliche Pflege

Name der pflegebedürftigen Person Name der Pflegeperson Verwandtschaftsverhältnis

Pflege wird beantragt Abschlagszahlung für 12 Monate wird beantragt Werden für die Pflegeperson von der Pflegekasse Beiträge an den Rentenversicherungsträger abgeführt ja nein

Unterbrechung der Pflege von bis Bestätigung der Pflege

13. Sollten Rückfragen zu einzelnen Rechnungspositionen notwendig sein, bin ich damit einverstanden, dass sich die Beihilfestelle direkt mit dem Rechnungssteller in Verbindung setzt ja nein

14. Erläuterungen, Hinweise

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen auf die Kosten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe und dass ich verpflichtet bin, die Beihilfe für meinen Ehegatten / Lebenspartner zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe seiner Einkünfte unzutreffend sind oder durch nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (nach Festsetzung des Finanzamts) unzutreffend werden.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.

Ort, Datum

Unterschrift des / der Beihilfberechtigten oder der / des Bevollmächtigten
Vollmacht liegt vor
Vollmacht liegt bei