

Angaben zum Antragsteller:		Personalnummer (bitte stets angeben):				
Name:						
Vorname:		Eingangsstempel				
Geburtsdatum:						
Thüringer Landesamt für Finanzen Beihilfestelle Ernst-Toller-Straße 14 07545 Gera		Antrag auf Beihilfe – mit Pflege –				
		Ich bitte um Zusendung folgender Formulare: (Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen!)				
		Kurzantrag auf Beihilfe für allgemeine Aufwendungen Antrag auf Beihilfe für allgemeine Aufwendungen Antrag auf Beihilfe – mit Pflege – für allgemeine Aufwendungen <u>und</u> Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit				
Bei erstmaliger Antragstellung oder auf Verlangen der Beihilfestelle ist der Antrag vollständig auszufüllen bzw. <input checked="" type="checkbox"/> anzukreuzen! Bitte fügen Sie dem Antrag ein Ergänzungsblatt bei, falls der im Antrag vorgesehene Platz für die erforderlichen Angaben nicht ausreicht.						
Anzahl der beigefügten Belege:		Telefon privat: freiwillige Angabe				
Antragssumme:	€	E-Mail privat: freiwillige Angabe				
1	Haben sich Änderungen bei den Angaben zu Nummern 2 bis 5 gegenüber Ihrem letzten 1 Antrag ergeben?					
ja , bei Nummer(n): Nr. 2 Nr. 3 Nr. 4 Nr. 5 (Im Antrag sind Fragen bzw. Angaben der angekreuzten Nummern zu beantworten bzw. <input checked="" type="checkbox"/> anzukreuzen.)					nein , dann weiter bei Nr. 6	
2	Krankenversicherungsschutz: (Bei erster Antragstellung und bei Änderungen – nicht Beitragsanpassung – bitte Nachweise vorlegen)					
2.1	Angaben zum Krankenversicherungsschutz					
	(bei Kindern Vorname angeben)	privat	pflicht-	gesetzlich freiwillig- versichert	familien- Zusatz- versicherung*)	kein KV- Schutz
	Antragsteller					
	Ehegatte/in / Lebenspartner/in					
	1. Kind					
	2. Kind					
	3. Kind					
	4. Kind					
	5. Kind					
*) Arten der Zusatzversicherung: z. B. Ergänzungstarife zur gesetzlichen Krankenversicherung (ET-GKV), nicht anzugeben sind Krankenhaustagegeld- und Pflegezusatzversicherungen.						
2.2	Besteht für die geltend gemachten Aufwendungen Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung, z.B. Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz usw.? (Belege bitte kennzeichnen <u>und</u> Nachweis beifügen)					
ja , bei folgenden Personen:					nein	

3 Angaben zur Antragstellerin/zum Antragsteller:					
3.1 Besteht für Sie oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine anderweitige Beihilfeberechtigung?					
ja					nein
Name, Vorname		Anspruch		Gegenüber wem? Ab wann?	
		aufgrund des Erhalts von Versorgungsbezügen			
		aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst, bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen usw.			
		aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses			
		als Arbeitnehmer			
		als Beamter			
3.2 Sind Sie oder Ihr berücksichtigungsfähiger Ehegatte/in oder Lebenspartner/in ohne Bezüge beurlaubt?					
ja , vom _____ bis _____ Elternzeit sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben): _____					nein
4 Sofern Aufwendungen für den/die Ehegatte/in oder den/die Lebenspartner/in (als Lebenspartner gelten nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz nur eingetragene Lebenspartner/innen) mit diesem Antrag geltend gemacht werden:					
Vorname und ggf. abweichender Familienname					
Unterschreitet der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 und 5a EStG) der/des Ehegattin/en bzw. der/des Lebenspartnerin/s den Betrag von 18.000 Euro?					
ja , im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung; der Steuerbescheid liegt vor ist beigelegt ja , voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr					nein
5 Angaben zu Kindern, die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind: (Bitte alle Kinder angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen geltend gemacht werden)					
Vorname (ggf. abweichender Familienname)		Geburtsdatum	bei Kindern in Berufsausbildung bzw. Studium		
			Art der Ausbildung	Beginn	voraussichtl. Ende
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
5.1 Haben Kinder eine eigene Beihilfeberechtigung?					
ja , Kind: _____ bei _____ ab / vom _____ bis _____					nein
5.2 Ist ein Kind bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig?					
ja , Kind: _____ bei _____ ab / vom _____ bis _____					nein

5.3	Hat ein über 18-jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen?	
	ja, Kind: _____ ab / vom _____ bis _____	nein
6	Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit (als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut u. s. w.) eines nahen Angehörigen (Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Eltern, Kinder der behandelten Person) geltend gemacht? (Belege bitte kennzeichnen <u>und</u> Nachweis über die entstandenen Sachkosten beifügen)	
	ja, Name der behandelnden Person: _____	nein
7	Werden Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind, geltend gemacht? (Belege bitte kennzeichnen <u>und</u> Nachweis – Versicherungsschein über Ausschluss usw. – beifügen)	
	ja, für folgende Personen: _____	nein
8	Werden Leistungen einer Auslandskranken- bzw. Rücktransportversicherung in Anspruch genommen? (Belege bitte kennzeichnen <u>und</u> Versicherungsansprüche nachweisen)	
	ja, für folgende Personen: _____	nein
9	Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder anderen schädigenden Ereignis?	
	ja, die Unfallangaben _____ liegen vor _____ liegen noch nicht vor, dann weiter bei Nummer 9.1 (Die betreffenden Belege bitte mit „U“ kennzeichnen)	nein
9.1	Um welchen Unfall oder anderes schädigendes Ereignis handelt es sich?	
	Dienstunfall sonstiger Unfall *)	Arbeitsunfall anderes Schadensereignis**)
	Schulunfall Datum des Unfalls: _____	
	*) sonstige Unfälle: z.B. Verkehrsunfall, Sportunfall, Unfall im häuslichen Bereich, Kindertageseinrichtung, Universität **) andere Schadensereignisse sind z.B. Berufskrankheiten	
	Unfallschilderung (ggf. Beiblatt beifügen): 	
9.2	Kommt für die unfall- / schadensbedingten Aufwendungen ein Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Schadenersatz in Betracht? (Zu den Ansprüchen auf Kostenerstattung gehören auch Ansprüche z.B. gegen Schulträger, Sportvereine.)	
	Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Erstattungspflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer: 	
10	Angaben bei dauernder Pflegebedürftigkeit	
	Name, Vorname der pflegebedürftigen Person: _____	
10.1	Angaben zur Pflegeversicherung der pflegebedürftigen Person (Nur bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen ausfüllen.)	
	Für die pflegebedürftige Person besteht seit: _____ Versicherungsschutz bei: private Pflegeversicherung soziale Pflegeversicherung als Mitglied als Familienversicherte/r bei Antragsteller/in bei Ehegatten/in bzw. eingetragenen/er Lebenspartner/in	

10.2	Angaben zur Pflegeeinstufung Bitte legen Sie bei der erstmaligen Beantragung von Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit und bei der Änderung der bisherigen Pflegeeinstufung den Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung vor!					
festgestellte Pflegeeinstufung:		1	2	3	4	5
Der Pflegeeinstufungsbescheid		ist beigefügt	wird nachgereicht	liegt vor.		
10.3	Angaben zu den in Anspruch genommenen Pflegeleistungen (Werden mehrere Arten der Pflege in Anspruch genommen, bitte entsprechende Pflegearten <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen.) Bitte legen Sie in der erstmaligen Beantragung bzw. bei Änderung der Pflegeleistungen die Mitteilung der Pflegeversicherung vor!					
<p>häusliche Pflege durch <u>geeignete</u> Pflegekräfte (z. B. Pflegedienst, Vertrags- bzw. Berufspflegekräfte)</p> <p>häusliche Pflege durch <u>andere geeignete</u> Person = Pflegeperson (z. B. Familienangehöriger)</p> <p>teilstationäre Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung</p> <p>vollstationäre Pflege</p> <p>Kurzzeitpflege</p> <p>Ersatzpflege bei Verhinderung der Pflegeperson</p> <p>zusätzliche Betreuungsleistungen</p> <p>vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe</p>						
10.4	Enthalten die Aufwendungen für Pflegeleistungen Unterbrechungszeiträume?					
ja					nein	
Unterbrechung der Pflege wegen:			vom	bis		
Krankenhausaufenthalt			_____	_____		
stationäre Rehabilitation/Kur			_____	_____		
Urlaub der pflegebedürftigen Person			_____	_____		
Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson			_____	_____		
Kurzzeitpflege			_____	_____		
10.5	Wird Pauschalbeihilfe bei häuslicher Pflege durch andere geeignete Pflegekräfte (Pflegepersonen) beantragt?					
ja , Antragszeitraum vom _____ bis _____					nein	
Eine Mitteilung der Pflegeversicherung zur Rentenversicherung der Pflegeperson *)						
ist beigefügt liegt vor wird nachgereicht						
*) Es handelt sich um die Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der Pflegeperson, soweit Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI i. V. m. § 44 SGB XI besteht.						
Bitte legen Sie die Erstmitteilung und jede Änderung der Mitteilung vor!						
Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson/en:				Dauer der Pflege (je Pflegeperson) Stunden/Woche		
10.6	Wird bei vollstationärer Pflege Beihilfe zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten (§ 82 Abs. 3 SGB XI) beantragt, weil die Aufwendungen den Eigenanteil des Einkommens nach § 35 Abs. 3 ThürBhV übersteigen?					
ja , dann füllen Sie bitte die Angaben zum Einkommen bei erstmaliger Beantragung von Beihilfe oder bei Änderung der Einkommensverhältnisse aus und legen Sie die Nachweise über Einkünfte, Bezüge, Renten usw. vor . Bei erstmaliger Beantragung und bei Änderung fügen Sie bitte einen Nachweis zur Höhe der Pflegeheimsätze bei.						nein

Einkommen		Antragsteller/in in Euro, Cent	Ehegatte/in bzw. Lebenspartner/in in Euro, Cent
Dienstbezüge (brutto, einschließlich Altersteilzeitzuschlag, ohne kinderbezogenen Anteil des Familienzuschlags)			
Versorgungsbezüge (brutto nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften, ohne Unfallausgleich, Unfallentschädigung und kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag)			
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung ohne Beitragszuschuss und vor Abzug der Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsbeiträge			
Zahlbetrag aus einer Alters- und Hinterbliebenenversorgung			
Arbeitsentgelt (brutto) aus nichtselbständiger Arbeit und Entgeltersatzleistungen			
Laufendes Erwerbseinkommen z.B. Einkünfte aus selbständiger Arbeit			
11 Auszahlung der Beihilfe / Kontodaten			
Die Überweisung der Beihilfe erfolgt im Bereich des Landes auf das Bezügekonto. Die folgenden Angaben sind daher nur bei den von der Beihilfestelle zugelassenen, besonders begründeten Ausnahmefällen erforderlich.			
Liegt ein von der Beihilfestelle zugelassener besonderer Ausnahmefall vor?			
ja , die Überweisung der Beihilfe soll auf das nachstehende Konto erfolgen:			nein
BIC:			
IBAN:			
Kontoinhaber/in (Name, Vorname) _____			
<p>Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechtigung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt. Nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich sofort der Beihilfestelle anzeigen.</p>			
Ort, Datum		Unterschrift	
<p>Bei Bevollmächtigung: Vollmacht liegt vor Vollmacht liegt bei</p>			
<p>Hinweise:</p> <p>Wenn Sie den Antrag mit dem Postdienstleister zusenden, frankieren Sie diesen Brief bitte ausreichend. Nicht oder nicht ausreichend frankierte Postsendungen können nicht angenommen werden.</p> <p>Informationen zum Datenschutz sind der im Internet unter www.tlf.thueringen.de/landesbedienstete/beihilfe/ eingestellten Bediensteten-Information zur Beihilfestelle zu entnehmen, die auf Verlangen auch übersandt wird.</p>			

