

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

<b>3 Angaben zur Antragstellerin/zum Antragsteller:</b>					
<b>3.1 Besteht für Sie oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine anderweitige Beihilfeberechtigung?</b>					
<input type="checkbox"/> ja					<input type="checkbox"/> nein
Name, Vorname		Anspruch		Gegenüber wem? Ab wann?	
		<input type="checkbox"/> aufgrund des Erhalts von Versorgungsbezügen			
		<input type="checkbox"/> aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst, bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen usw.			
		<input type="checkbox"/> aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses			
		<input type="checkbox"/> als Arbeitnehmer			
		<input type="checkbox"/> als Beamter			
<b>3.2 Sind Sie oder Ihr berücksichtigungsfähiger Ehegatte/in oder Lebenspartner/in ohne Bezüge beurlaubt?</b>					
<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____					<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Elternzeit					
<input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben): _____					
<b>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:</b>					
Vorname und ggf. abweichender Familienname					
_____					
<b>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?</b>					
<input type="checkbox"/> ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung; der Steuerbescheid <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> ist beigelegt					<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr					
<b>5 Angaben zu Kindern, die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind:</b> (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.	_____	_____	_____	_____	_____
<b>5.1 Haben Kinder eine eigene Beihilfeberechtigung?</b>					
<input type="checkbox"/> ja, Kind: _____ bei _____					<input type="checkbox"/> nein
ab / vom _____ bis _____					
<b>5.2 Ist ein Kind bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig?</b>					
<input type="checkbox"/> ja, Kind: _____ bei _____					<input type="checkbox"/> nein
ab / vom _____ bis _____					

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

- häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte (z. B. Pflegedienst, Vertrags- bzw. Berufspflegekräfte)
- häusliche Pflege durch andere geeignete Person = Pflegeperson (z. B. Familienangehöriger)
- teilstationäre Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung
- vollstationäre Pflege
- Kurzzeitpflege
- Ersatzpflege bei Verhinderung der Pflegeperson
- zusätzliche Betreuungsleistungen
- vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe

**10.4 Enthalten die Aufwendungen für Pflegeleistungen Unterbrechungszeiträume?**

ja  nein

Unterbrechung der Pflege wegen:	vom	bis
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> stationäre Rehabilitation/Kur	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Urlaub der pflegebedürftigen Person	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

**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			
<b>11 Auszahlung der Beihilfe / Kontodaten</b>			
<b>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.</b>			
<b>Liegt ein von der Beihilfestelle zugelassener besonderer Ausnahmefall vor?</b>			
<input type="checkbox"/> ja, die Überweisung der Beihilfe soll auf das nachstehende Konto erfolgen:			<input type="checkbox"/> nein
BIC:			
IBAN:			
<b>Kontoinhaber/in</b> (Name, Vorname) _____			
<b>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.</b>			
Ort, Datum		Unterschrift	
Bei Bevollmächtigung: <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt bei			
<b>Hinweise:</b>			
Wenn Sie den Antrag mit dem Postdienstleister zusenden, frankieren Sie diesen Brief bitte ausreichend. Nicht oder nicht ausreichend frankierte Postsendungen können nicht angenommen werden.			
Informationen zum Datenschutz sind der im Internet unter <a href="http://www.tlf.thueringen.de/landesbedienstete/beihilfe/">www.tlf.thueringen.de/landesbedienstete/beihilfe/</a> eingestellten Bediensteten-Information zur Beihilfestelle zu entnehmen, die auf Verlangen auch übersandt wird.			

