

|  |  |                 |                    |   |  |                                    |  |
|--|--|-----------------|--------------------|---|--|------------------------------------|--|
| Angaben zum Antragsteller:   |  |                 |                    | <b>Personalnummer (bitte stets angeben):</b>  |  |                                    |  |
| Name:  |  |                 |                    |   |  |                                    |  |
| Vorname:   |  |                 |                    | Eingangsstempel   |  |                                    |  |
| Geburtsdatum:  |  |                 |                    |   |  |                                    |  |
| <b>Thüringer Landesamt für Finanzen<br/>Beihilfestelle<br/>Ernst-Toller-Straße 14<br/>07545 Gera</b>   |  |                 |                    | <b>Kurzantrag auf Beihilfe</b>  |  |                                    |  |
|  |  |                 |                    | Ich bitte um Zusendung folgender Formulare:<br>(Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen!)<br><br><b>Kurzantrag auf Beihilfe</b> für allgemeine Aufwendungen<br><br><b>Antrag auf Beihilfe</b> für allgemeine Aufwendungen<br><br><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 nicht der Kurzantrag auf Beihilfe, sondern der vollständige Antrag auf Beihilfe zu verwenden. |  |                 |                    |   |  |                                    |  |
| Anzahl der beigefügten Belege:   |  | Telefon privat: | freiwillige Angabe |   |  |                                    |  |
| Antragssumme:  |  | €               | E-Mail privat:     | freiwillige Angabe  |  |                                    |  |
| <b>1</b>   | <b>Haben sich bei folgenden unter den Nummern 2, 3, 5 und 10 des letzten „Antrags auf Beihilfe“ Änderungen ergeben und/oder sollen Aufwendungen, die im Zusammenhang mit einem Unfall oder anderen schädigenden Ereignis stehen, geltend gemacht werden?</b>   |                 |                    |   |  |                                    |  |
|  | ja, dann nicht diesen „Kurzantrag auf Beihilfe“, sondern den „Antrag auf Beihilfe“ verwenden.  |                 |                    |   |  | nein, dann weiter bei <b>Nr. 2</b> |  |
| <b>2</b>   | <b>Sofern Aufwendungen für den/die Ehegatte/in oder den/die Lebenspartner/in</b> (als Lebenspartner gelten nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz nur eingetragene Lebenspartner/innen) <b>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>  |                 |                    |   |  |                                    |  |
|  | ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung; der Steuerbescheid liegt vor ist beigefügt   |                 |                    |   |  | nein                               |  |
|  | ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr  |                 |                    |   |  |                                    |  |
| <b>3</b>   | <b>Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit</b> (als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut usw.) <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) |                 |                    |   |  |                                    |  |
|  | ja, Name der behandelnden Person: _____  |                 |                    |   |  | nein                               |  |
| <b>4</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)  |                 |                    |   |  |                                    |  |
|  | ja, für folgende Personen: _____   |                 |                    |   |  | nein                               |  |
| <b>5</b>   | <b>Werden Leistungen einer Auslandsranken- bzw. Rücktransportversicherung in Anspruch genommen?</b> (Belege bitte kennzeichnen <u>und</u> Versicherungsansprüche nachweisen)   |                 |                    |   |  |                                    |  |
|  | ja, für folgende Personen: _____   |                 |                    |   |  | nein                               |  |

