

Angaben zum Antragsteller:				Personalnummer (bitte stets angeben):				
Name:								
Vorname:				Eingangsstempel				
Geburtsdatum:								
Thüringer Landesfinanzdirektion Beihilfestelle Am Burgblick 23 07646 Stadtroda				Antrag auf Beihilfe				
				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:	

Angaben zum Antragsteller:		Personalnummer (bitte stets angeben):							
Name:									
Vorname:		Antrag vom:							

Zusammenstellung der Aufwendungen zum Antrag auf Beihilfe

Bitte die Belege nach Personen und Art der Leistung sortiert eintragen. Die Spalten Ehegatte/in bzw. Lebenspartner/in sowie Kinder können bei Bedarf auch für die Aufwendungen anderer Personen mitgenutzt werden.

Beleg-Nr.	Datum der Rechnung	Art der Leistung ärztl. Behandlung = Ä , zahnärztl. Behandlung = Z , Fahrtkosten = F , Heilmittel = H , Hilfsmittel = HM , Krankenhaus = KH , Rezept = R , Sonstige = S	Rechnungsbetrag Euro, Cent	Kostenerstattung von anderer Seite, falls kein Prozenttarif Euro, Cent
-----------	--------------------	--	-------------------------------	---

Antragsteller/in:

Ehegatte/in bzw. Lebenspartner/in:

Kinder:

Summe der Rechnungsbeträge:				
------------------------------------	--	--	--	--