

Bitte achtstellige Personalnummer des LfF - sofern nicht bereits vorhanden - eintragen
--

Informationen zum **Datenschutz und zur Verarbeitung personenbezogener Daten** beim Landesamt für Finanzen können Sie der Homepage des Landesamtes für Finanzen entnehmen: <https://www.lff.rlp.de/service/datenschutz/>

Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen

Antrag auf Beihilfe

Landesamt für Finanzen
Postfach 10 04 32
56034 Koblenz

Haben sich Änderungen zum letzten Antrag zu den Ziffern 1-7 ergeben: ja nein, weiter bei 8

Name
Vorname
Geburtsdatum
Straße
PLZ / Ort

1 Antragsberechtigt als	
<input type="checkbox"/> Beamter/in <input type="checkbox"/> Beschäftigte/r <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in Beziehen Sie mehrere Versorgungsbezüge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Sonstige Person	<input type="checkbox"/> Telefon priv. <input type="checkbox"/> Telefon dstl.
Dienst-/Beschäftigungsstelle: <input type="checkbox"/> ohne Bezüge beurlaubt von <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> sonstiger Grund:	Im öffentlichen Dienst seit: <input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt seit: mit Wochenstunden: <input type="checkbox"/> Dienst-/Arbeitsverhältnis befristet von bis

Bitte keine Originalbelege einreichen¹⁾
und die Kopien nicht klammern, heften oder kleben

2 Familienstand
<input type="checkbox"/> ledig oder seit: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
3 Als Antragsteller/in habe ich und/oder meine berücksichtigungsfähigen Angehörigen Anspruch auf
<input type="checkbox"/> Heilfürsorge nach Beamten oder Soldatenrecht <input type="checkbox"/> Krankenhilfe aufgrund gesetzlicher Vorschriften <input type="checkbox"/> Krankenfürsorge nach dienst-/arbeitsvertraglichen Regelungen Ggf. Nachweise beifügen

4 Krankenversicherung									
Bei erstmaliger Antragstellung/Änderungen sind Nachweise der Versicherungen (auch Auslands-(Reise)versicherungen, Ergänzungstarife etc..) beizufügen. Bei Angehörigen bitte Vorname, Geburtsdatum und - falls abweichend - Familienname angeben									
Person	nicht vers.	privat vers.	privat vers. Basistarif	freiwillig gkv vers.	gkv pflicht-vers.	familien-vers. bei	rentnerkrk.-versichert KVdR	Versicherg. besteht seit:	
Beihilfeberechtigte/r (B)	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>							
Ehegatte/in (E), geb.	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/>							
Name									
Kind, geb.	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>							
Name									
Kind, geb.	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>							
Name									
Kind, geb.	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>							
Name									

¹⁾ Eingereichte Belege werden nicht zurückgesandt

Personalnummer:	Name:	Vorname:	Seite 2 zum Antrag vom
-----------------	-------	----------	------------------------

5	Zuschüsse, Beitrags-/Arbeitgeberanteile zur Krankenversicherung		
	<input type="checkbox"/> werden nicht gezahlt		
Person	von wem	seit	EUR/mlt.

6	Beihilfeberechtigungen (sonstige eigene oder von Angehörigen)		
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
für wen:	bei wem:	seit:	

7	Kinder		
Angaben zu Kindern, sofern diese nicht im Familienzuschlag des/r Beihilfeberechtigten berücksichtigt werden oder der Beihilfeberechtigte keine Bezüge durch das LfF erhält			
Vorname	Geb.-datum	im Familienzuschlag berücksichtig	nach Vollendung des 18. Lebensjahres
		<input type="checkbox"/> ja, bei wem? <input type="checkbox"/> nein	in Ausbildung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nachweis anbei <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> ja, bei wem? <input type="checkbox"/> nein	in Ausbildung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nachweis anbei <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> ja, bei wem? <input type="checkbox"/> nein	in Ausbildung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nachweis anbei <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/>

8	Behandler/in (Angabe nur bei Behandlungen vor dem 01.05.2021 erforderlich)		
War ein/e Behandler/in naher Angehörige/r?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Verwandtschaftsverhältnis:	Beleg/e Nr.:		

9	Aufwendungen für den/die Ehegatten/in / Lebenspartner/in		
Die Einkünfte nach § 2 Abs. 2 EStG (siehe wichtige Hinweise Seite 4 Nr. 5) des/der Ehegatten/in / Lebenspartner/in betrugen im zweiten Kalenderjahr vor der Antragstellung , 00 EURO			
Im laufenden Jahr werden die Einkünfte nach § 2 Abs. 2 EStG des/der Ehegatten/in / Lebenspartner/in voraussichtlich betragen , 00 Euro			

10 Unfälle, Verletzungen, sonstige schädigende Ereignisse			
Aufwendungen zu den Belegen Nr.:		sind entstanden durch ein/en	
<input type="checkbox"/> Dienst-/Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> Unfall im privaten Bereich	<input type="checkbox"/> Berufskrankheit	
<input type="checkbox"/> Schul-/Kindergartenunfall	<input type="checkbox"/> anderes schädig. Ereignis		
am Unfallschilderung (ggf. mit Name u. Anschrift des Ersatzpflichtigen) <input type="checkbox"/> ist beigelegt	(Datum/Tag des Unfalls/Ereignisses) <input type="checkbox"/> liegt vor		

11	Leistungsausschlüsse		
Die Belege Nr.:	enthalten Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen – trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung – ausgeschlossen oder auf Dauer eingestellt worden sind. Entsprechende Nachweise		
	<input type="checkbox"/> sind beigelegt	<input type="checkbox"/> liegen vor	

12	Auslandsaufwendungen (nur ausfüllen, wenn entsprechende Aufwendungen geltend gemacht werden)		
Es besteht eine Auslands-(Reise) versicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bitte Nachweise über die Höhe der Versicherungsleistung beifügen			

Personalnummer:	Name:	Vorname:	Seite 3 zum Antrag vom
-----------------	-------	----------	------------------------

Dauernde Pflege

Leistungsbescheide der Pflegekasse sind – sofern nicht bereits vorgelegt - dem Antrag beizufügen

I Pflegeversicherung				
Bei erstmaliger Antragstellung/Änderungen sind Nachweise der Versicherungen beizufügen.				
Person	nicht pflegeversichert	Private Pflegeversicherung	Soziale Pflegeversicherung	
			selbst vers.	familien vers. bei
Beihilfeberechtigte/r (B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E
Ehegatte/in (E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B
Kind, Name	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E
Kind, Name	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E

II Art der Pflege	
<input type="checkbox"/> Häusliche Pflege durch <input type="checkbox"/> selbstbeschaffte Pflegekräfte (Pauschalbeihilfe) <input type="checkbox"/> Vertrags- (Berufs-) Pflegekräfte <input type="checkbox"/> Teilstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Stationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Betreuung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung der Behindertenhilfe <input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel/Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag <input type="checkbox"/> Ersatz-/Verhinderungspflege

III Pflege					
für (gepflegte Person)	nach dem Pflegegrad				
P1	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
für die Zeit:	von _____ bis _____				
Die Pflege war unterbrochen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____				
Grund der Unterbrechung: ¹⁾	_____				
P2	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
für die Zeit:	von _____ bis _____				
Die Pflege war unterbrochen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____				
Grund der Unterbrechung: ¹⁾	_____				

¹⁾ Unterbrechungszeiten z.B. wegen stationärer Krankenhausbehandlung der gepflegten Person oder Verhinderung (Urlaub, Krankheit etc.) der Pflegeperson bei Pauschalbeihilfe

IV Pflegeperson bei Pauschalbeihilfe			
	Name, Vorname	Geburtsdatum	pflegte von - bis
P1			
P2			

V Einkommensnachweise bei Pflegeaufwendungen			
bei stationärer Pflege: Bei Aufwendungen für den/die Ehegatten/in oder eines Kindes sind entsprechende Angaben u. Nachweise auch für den/die Ehegatten/in erforderlich			
Renten (aus der gesetzlichen Rentenversicherung, einer auch zusätzlichen Alters- oder Hinterbliebenenversorgung)		<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtige/r (B) <input type="checkbox"/> Ehegatte/in (E)	<input type="checkbox"/> nein
Versorgung aus einer Verwendung im öffentlichen Dienst einer zwischen- oder überstaatlichen Einrichtung gem. § 56 BeamVG		<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtige/r (B) <input type="checkbox"/> Ehegatte/in (E)	<input type="checkbox"/> nein
Dienst- oder Versorgungsbezüge		<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> nein
Erwerbseinkommen		<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> nein

Personalnummer:	Name:	Vorname:	Seite 4 zum Antrag vom
-----------------	-------	----------	------------------------

13	<input type="checkbox"/> Säuglings- und Kleinkinderausstattung		
	Vor-/ggf. abw. Familienname des Kindes	Geburtsdatum	Geburtsurkunde
			<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> liegt dem LfF vor
			<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> liegt dem LfF vor

Wichtige Hinweise:

1. Bitte legen Sie keine Originalbelege vor, da alle eingesandten Belege nach der elektronischen Erfassung vernichtet werden. Bitte fertigen Sie pro Beleg eine separate Kopie und beachten Sie, dass Kopien und Zweitsechriften deutlich lesbar sind.
2. Eine Belegauflistung ist nicht erforderlich. Nummerieren Sie jedoch bitte die Belege. Als jeweils ein Beleg gelten z. B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung oder Rechnungen über das Zahnnarzthonorar einschließlich Material- und Laborkosten.
3. Kostenerstattungen sind durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung nachweislich nach einem Vomhundertsatz (Prozenttarif) bemessen werden, ist kein Einzelnachweis erforderlich.
4. Bei **stationärer Behandlung** sind die **Entlassungsanzeige** und bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen die **Wahlleistungsvereinbarung** mit einzureichen.
5. Einkünfte nach § 2 Abs. 2 EStG sind neben dem um die Werbungskosten bzw. den Arbeitnehmer-Pauschbetrag verminderten Arbeitslohn insbesondere der zu versteuernde Anteil von Renten, Einkünften aus Vermietung und Verpachtung, Einkünften aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit sowie Kapitaleinkünfte. Kapitaleinkünfte, die nach § 32d Abs. 1 EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert wurden oder die der Kapitalertragsteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Abs. 5 EStG unterlegen haben, sind den Einkünften hinzuzurechnen (vgl. § 2 Abs. 5a EStG).

Beihilfen für den/die Ehegatten/in oder Lebenspartner/in sind, soweit die Angaben über die Höhe seiner/ihrer Einkünfte unzutreffend sind oder nachträglich unzutreffend werden, anzuzeigen und zurückzuzahlen.

Ausnahmsweise ist der/die Ehegatte/in oder Lebenspartner/in unter dem Vorbehalt des Widerrufs bereits im laufenden Kalenderjahr berücksigungsfähig, wenn die vorgenannte maßgebende Einkunftsgrenze im laufenden Kalenderjahr nicht erreicht wird. In diesem Fall ist die Beihilfe mit dem vierseitigen Vordruck mit Angaben unter der Ziffer 9 zu beantragen.

Gesamtaufwendungen in EUR		Anzahl der Belege		Anzahl der Blätter	
------------------------------	--	----------------------	--	-----------------------	--

14	Auszahlung
!!! Die Auszahlung der Beihilfe erfolgt auf das Bezügekonto (§ 63 Abs. 1 BVO) !!!	
<p>Nur in den Fällen der Überleitung nach SGB XII, bei einem Kontowechsel während einer Beurlaubung ohne Bezüge oder beim Erlöschen des Kontos in Todesfällen ist die Zahlung auf ein anderes Konto möglich.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, es liegt einer der vorgenannten Fälle vor und ich beantrage die Auszahlungen auf ein anderes Konto. (→ die Anlage „Angabe einer abweichenden Bankverbindung“ ist in diesem Fall dem Antrag beizufügen)</p>	

15	Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt bzw. gezahlt. Evtl. anderen Beihilfeberechtigten gezahlte Beihilfe zu denselben Aufwendungen sind angegeben.
----	--

Datum

Unterschrift des/der
Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten