

Antrag auf Gewährung von Beihilfe nach der Hessischen Beihilfenverordnung (HBeihVO)

Bitte keine Originalbelege beifügen, die
Belege werden nicht zurückgegeben.

Posteingangsstempel

Dienstherr/Arbeitgeber

Beihilfenummer

BF /

Gesamtbetrag aller mit diesem Antrag
eingereichten Belege:

_____ €



1. Antragstellerin/Antragsteller

Name

Geburtsdatum

Vorname

Geschlecht männlich weiblich

2. Allgemeine Angaben

a) Beantragen Sie erstmals eine Beihilfe zu Krankheits-, Pflege- oder Geburtsfällen oder wurde der letzte Antrag vor mehr als drei Jahren gestellt?

ja Wenn ja, bitte ausgefüllte Anlage "Antragstellerin/Antragsteller" und falls zutreffend ausgefüllte Anlagen "Ehegattin/Ehegatte/Lebenspartnerin/Lebenspartner sowie für jedes Kind die Anlage "Kind" beifügen
Anzahl Anlage "Kind" _____

nein, weiter bei Frage 2 b)

b) Haben sich Ihre persönlichen Daten geändert?

nein ja Wenn ja, bitte ausgefüllte Anlage "Antragstellerin/Antragsteller" beifügen

c) Haben sich die persönlichen Daten Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten/Ihrer Lebenspartnerin/Ihres Lebenspartners geändert?

nein ja Wenn ja, bitte ausgefüllte Anlage "Ehegattin/Ehegatte/Lebenspartnerin/Lebenspartner" beifügen

d) Haben sich die persönlichen Daten eines/mehrerer Ihrer Kinder geändert?

nein ja Wenn ja, bitte ausgefüllte Anlage(n) "Kind" beifügen Anzahl Anlage "Kind" _____

3. Stehen die Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall?

(z. B. Sport-, häuslicher Unfall, Verkehrsunfall, Verletzungen wie Schnittwunden, Prellungen, Distorsionen, Frakturen)

nein ja, Anlage "Unfall" liegt bereits vor Wenn ja, bitte Belege oben rechts mit "U" kennzeichnen
 ja, Anlage "Unfall" ist beigefügt Anzahl Anlage "Unfall" _____

4. Werden Aufwendungen zur häuslichen, teilstationären oder vollstationären Pflege geltend gemacht?

nein ja Wenn ja, bitte Anlage "Pflege" beifügen Anzahl Anlage "Pflege" _____

5. Wird eine Beihilfe zum Geldwert von Sachleistungen beantragt

(nur für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte ohne Beitragszuschuss)

nein ja Wenn ja, bitte ausgefüllte Anlage "Sachleistungsbeihilfe" beifügen

6. Werden Aufwendungen aus den nachfolgenden genannten Bereichen geltend gemacht?

Die Behandlung erfolgte durch eine/n nahe/n Angehörige/n? (Ehegattin/Ehegatte, Lebenspartnerin/Lebenspartner, Kind oder Elternteil der behandelten Person)

ja nein

Wenn ja, bitte Belege oben rechts mit "A" kennzeichnen

Versicherungsleistungen sind ausgeschlossen worden?

ja nein

Wenn ja, bitte Belege oben rechts mit "V" kennzeichnen
Nachweis liegt bei Nachweis liegt bereits vor

Es wurden oder werden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) in Anspruch genommen?

ja nein

Wenn ja, bitte Belege oben rechts mit "G" kennzeichnen

7. Werden Aufwendungen zu einem Todesfall geltend gemacht?

ja nein

Name, Vorname der/des Verstorbenen

Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Verstorbenen

Todestag

Todesort

Sind Ihnen aus Anlass des Todes Aufwendungen für die Leichenschau, den Sarg, die Einsargung, die Überführung, die Aufbewahrung, die Einäscherung, die Urne, den Erwerb einer Grabstätte oder eines Beisetzungsplatzes, die Anlegung einer Grabstelle einschließlich der Grundlage für ein Grabdenkmal entstanden?

ja nein

(Bitte Kopien der Belege beifügen.)

8. Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten?

ja nein

Datum

Betrag (€, Cent)

Zahlende Stelle

9. Kontodaten

Die Überweisung soll erfolgen auf

mein bekanntes Konto

nachstehendes Konto

IBAN

Geldinstitut

Inhaber/in des Kontos (falls abweichend von dem/der Beihilfeberechtigten)

Name

Vorname

10. Vollmacht

Bei Bevollmächtigung

Vollmacht liegt bei

Vollmacht liegt bereits vor

Erklärung

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechtigung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.

Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigelegt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

