

Anlage "Antragstellerin/Antragsteller" (RLP)

Name, Vorname (Antragstellerin/Antragsteller)

zum Beihilfeantrag vom

Beihilfenummer

BF _____ / _____



1. Wohnanschrift

keine Änderungen

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____ Land _____

2. Private Kontaktdaten

keine Änderungen

Telefon (privat) _____ Telefon (dienstlich) _____

3. Dienstherr/Arbeitgeber

keine Änderungen

Dienstherr/Arbeitgeber _____ seit _____

4. Besoldungsgruppe

keine Änderungen

Besoldungsgruppe _____ ab _____

5. Familienstand

keine Änderungen

- ledig
 verheiratet
 verpartnert
 verwitwet
 geschieden
- Versorgungsempfängerin/Versorgungsempfänger

seit _____
seit _____

Name, Vorname der Ehegattin/des Ehegatten, der Lebenspartnerin/des Lebenspartners

6. Angaben zum Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis

(sofern nicht bereits Versorgungsempfängerin/Versorgungsempfänger)

keine Änderungen

	ab (Datum)	bis (Datum)	Stunden/Woche	Arbeitszeit/Woche
<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter				
<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter auf Zeit				
<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter im Vorbereitungsdienst				

Beschäftigte/Beschäftigter

vollbeschäftigt im öffentl. Dienst	teilzeitbeschäftigt im öffentl. Dienst	ab (Datum)	bis (Datum)	Stunden/Woche	Arbeitszeit/Woche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

7. Angaben zur Beurlaubung

(sofern nicht bereits Versorgungsempfängerin/Versorgungsempfänger)

keine Änderungen

Elternzeit	aus familiären Gründen	Sonstige Beurlaubung ohne Dienstbezüge	ab (Datum)	bis (Datum)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

8. Krankenversicherungsschutz

keine Änderungen

Private Krankenversicherung	Gesetzliche Krankenversicherung			Andere (Bitte Nachweis beifügen)	Keine Krankenversicherung	ab (Datum)
	Pflicht-versichert (§ 5 SGB V)	freiwillig versichert (§ 9 SGB V)	KVDR			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wird zu den Krankenversicherungsbeiträgen ein Zuschuss gewährt?

nein Wenn nein, wurde auf einen zustehenden Zuschuss verzichtet?
 nein ja (Wenn ja, bitte Nachweis beifügen)

ja in Höhe von _____ € ab _____ (Bitte Nachweis beifügen)
in Höhe von _____ € ab _____ (Bitte Nachweis beifügen)

9. Besteht für Sie eine anderweitige Beihilfeberechtigung?

keine Änderungen

nein ja

Beamtin/Beamter	Beamtin/Beamter auf Zeit	Beschäftigte/Beschäftigter	Witwe/Witwer	Abgeordnete/Abgeordneter	Versorgungsempfängerin/Versorgungsempfänger	ab (Datum)	bis (Datum)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
gegenüber wem							

10. Nur ausfüllen für Personen mit Rentenanspruch

Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt? nein ja

Wer beantragte die Rente | _____ Beginn der Rente | _____

Ist der Antrag abgelehnt worden? nein ja

