

Name: _____

Geschäftszeichen:

Vorname:

Geburtsdatum:

Antrag auf Beihilfe Pflege- und allgemeine Aufwendungen

Bei **erstmaliger Antragstellung** oder auf **Verlangen** der Beihilfestelle ist der Antrag vollständig auszufüllen. In **Folgeanträgen** sind die Fragen 1 - 3, soweit zutreffend, zu beantworten (bitte ausfüllen oder ankreuzen). Ggf. bitte Beiblatt für weitere Angaben verwenden.

**Belege bitte nicht heften,
klammern oder aufkleben**

1	Haben sich Änderungen bei den Fragen 4 – 7 gegenüber Ihrem letzten Antrag ergeben?		nein		
	ja, bei Frage(n)	(bitte Fragen beantworten)			
2	Sofern Aufwendungen für die Ehegattin/den Ehegatten bzw. die Lebenspartnerin/den Lebenspartner (siehe Hinweis Nr. 2) geltend gemacht werden:				
	Vorname der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners (ggf. abweichender Familienname):				
	Hat die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner eine eigene Beihilfeberechtigung?		nein		
	ja, bei:				
	Übersteigen die Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners - hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen - den Betrag von 22.648 €?				
	Bei Berufstätigkeit der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/ des Lebenspartners bitte erstmalig Frage 5 beantworten! Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind von den Brutto-Einnahmen nur die Werbungskosten abzusetzen.				
	ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung		nein		
	ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr		nein		
3	Es wurden Aufwendungen durch einen Unfall verursacht.			nein	
	ja, Unfalldatum:	Person:			
	Unfallart:	Dienstunfall (s. Hinweis 8.)	Arbeitsunfall		Schulunfall
	Unfallschilderung:				
	Belege kennzeichnen und für die Schilderung ggf. Beiblatt verwenden!				
3.1	Eine Pauschalbeihilfe für dauernde häusliche Pflege durch andere geeignete Personen für die Zeit vom bis wird beantragt.				
	Eine Bestätigung über die Durchführung der Pflege mit Angabe von Unterbrechungszeiträumen ist beizufügen.				
	Ich willige ein, dass bei gebührenrechtlichen und medizinischen Fragen geeignete Stellen (z.B. Gutachter) hinzugezogen und hierzu auch personenbezogene Daten übermittelt werden. Für Rückfragen bei Behandlern entbinde ich sie von der Schweigepflicht. Die Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.		ja		

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass Preisnachlässe zu den Krankheitsaufwendungen sofort der Festsetzungsstelle anzugeben sind und berichtigte oder stornierte Rechnungen mit einem entsprechenden Hinweis vorzulegen sind.

Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren diesbezüglichen Rechten erhalten Sie unter www.lff.bayern.de/ds-info oder alternativ unter unserer Datenschutz-Telefonnummer 0931 4504-6770.

Anzahl der eingereichten Belege: _____
Summe der Aufwendungen: _____ €

Datum

Beihilfeberechtigte

Unterschrift

Bevollmächtigte/
Bevollmächtigter

Nachweis liegt vor

Von Bezügeadresse abweichende **Beihilfeanschrift** (z. B. bei Bevollmächtigten) bzw. **Dienststellenanschrift**:

Beachten Sie bitte die Hinweise auf der Zusammenstellung der Aufwendungen zum Beihilfeantrag.

Antrag im Internet unter: www.lrr.bayern.de - Antrag im Behördennetz unter: www.lrr.bayern.de

V 12.2025



Geschäftszeichen:

4	Antragstellerin/Antragsteller: Erhalten Sie weitere Bezüge ja, als Beamter / Versorgungsempfänger von: Nur von Beschäftigten im aktiven Dienst auszufüllen vollbeschäftigt seit: teilzeitbeschäftigt seit: Zeitanteil: Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet? ja, vom bis bis Sind Sie ohne Bezüge beurlaubt? ja, vom bis Elternzeit sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben) Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt? ja, vom bis als: bei: Zeitanteil: 							nein																																						
5	Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner ohne Bezüge beurlaubt? ja, vom bis Elternzeit sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben) Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner erwerbstätig? ja, als: Beamter Arbeitnehmer Selbständiger bei: Zeitanteil: 							nein																																						
6	Kinder, die im Orts- und Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind oder die bei einer zweiten Berufsausbildung bzw. einem Zweitstudium wegen des Umfangs einer Erwerbstätigkeit nicht berücksichtigt werden. <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Vorname (ggf. abweichennder Familienname)</th> <th rowspan="2">Geburtsdatum</th> <th colspan="6">Bei Kindern in Berufsausbildung / Studium</th> </tr> <tr> <th>Art der Ausbildung</th> <th>Beginn</th> <th>Voraussichtliches Ende</th> <th colspan="3">eigene Beihilfeberechtigung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja</td> <td>nein</td> </tr> <tr> <td>b</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja</td> <td>nein</td> </tr> <tr> <td>c</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja</td> <td>nein</td> </tr> </tbody> </table>								Vorname (ggf. abweichennder Familienname)	Geburtsdatum	Bei Kindern in Berufsausbildung / Studium						Art der Ausbildung	Beginn	Voraussichtliches Ende	eigene Beihilfeberechtigung			a						ja	nein	b						ja	nein	c						ja	nein
Vorname (ggf. abweichennder Familienname)	Geburtsdatum	Bei Kindern in Berufsausbildung / Studium																																												
		Art der Ausbildung	Beginn	Voraussichtliches Ende	eigene Beihilfeberechtigung																																									
a						ja	nein																																							
b						ja	nein																																							
c						ja	nein																																							
	Ist ein Kind bei einer anderen Person im Orts- und Familienzuschlag berücksichtigungsfähig? ja, Kind bei: Hat ein über 18-jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen? ja, Kind: seit: 							nein																																						
7	Besteht Krankenversicherungsschutz (bei erster Antragstellung und Änderungen – bitte Nachweise vorlegen)																																													
ja	(bei Kind Vorname angeben)	privat	gesetzlich			Zusatzversicherung (Art?)																																								
			pflicht-	freiwillig	familien-																																									
			versichert																																											
	Antragsteller						nein																																							
	Ehegatte/Lebenspartner						nein																																							
	Kind						nein																																							
	Kind						nein																																							
	Kind						nein																																							
8	Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z. B. nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, sozialem Entschädigungsrecht usw.)? ja, für Person(en): (bitte Nachweis vorlegen u. Aufwendungen kennzeichnen)							nein																																						
9	Ist mit den behandelnden Ärzten / der Klinikleitung eine <u>Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen</u> (Chefarztbehandlung) / gesondert berechenbare Unterkunftsleistungen geschlossen worden? ja (Bitte Kopie der Wahlleistungsvereinbarungen beilegen!)							nein																																						
10	Es werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind (bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen).							ja																																						



Zusammenstellung der Aufwendungen zum Beihilfeantrag

Die Vorlage der Zusammenstellung bei der Beihilfestelle bleibt Ihnen freigestellt.

von

vom _____

Beachten Sie bitte folgende Hinweise:

Die Einträge und Belege bitte **nach Personen ordnen**. Bei gleichem Vornamen eines Elternteils und Kindes bitte **Belege** mit „K“ kennzeichnen.

A=Antragstellerin / Antragsteller E=Ehegattin / Ehegatte L=Lebenspartnerin / Lebenspartner K=Kind

Nr.	A, E, L, K	Vorname des Kindes	Rechnungsdatum	Betrag in Euro
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
Gesamtbetrag:				

Hinweise:

1. Für die Beantragung der Beihilfe sind **Zweitschriften oder Kopien** ausreichend.
2. Als **Lebenspartner** gelten nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz nur eingetragene Lebenspartnerinnen/Lebenspartner.
3. Bei **Beurlaubungen** ist die **Frage 4** und/oder **Frage 5** stets auszufüllen.
4. Bei **zusätzlichem Anspruch auf Kostenerstattung** bitte **Frage 8** beantworten.
5. Sofern Aufwendungen für einen **stationären Krankenhausaufenthalt** geltend gemacht werden, ist die **Entlassungsanzeige** mit der Krankenhausrechnung zwingend vorzulegen - bitte **Frage 9** beantworten.
6. Bei Ausschluss oder Einstellung von **Versicherungsleistungen** bitte **Frage 10** beantworten.
7. Die Überweisung der Beihilfe erfolgt auf das **Bezügekonto**.
8. Dienstunfallbedingte Belege sind, falls noch nicht geschehen, mit einem Antrag auf Anerkennung eines Dienstunfallen (erhalten Sie bei Ihrer personalverwaltenden Stelle) beim LfF, Bezügestelle Dienstunfall einzureichen. Weitere Informationen zum Dienstunfallverfahren und diesbezügliche Antragsformulare erhalten Sie unter:
www.lff.bayern.de/themen/dienstunfallsachschaden/allgemeine-informationen/.