

A horizontal number line with 11 tick marks, labeled from 0 to 10. The line is used for plotting the data points from the frequency table.

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



Seite 1 von 3

**Geschäftszeichen:**

<b>4</b>	<b>Antragstellerin/Antragsteller: Erhalten Sie weitere Bezüge</b> ja, als      Beamter /      Versorgungsempfänger von:							nein
Nur von Beschäftigten im aktiven Dienst auszufüllen								
vollbeschäftigt seit:			teilzeitbeschäftigt seit:			Zeitanteil:		
Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet?      ja, vom      bis								nein
Sind Sie ohne Bezüge beurlaubt?								nein
ja, vom      bis      Elternzeit      sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)								nein
Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?								nein
ja, vom      bis      als:								nein
bei:      Zeitanteil:								nein

  

<b>5</b>	<b>Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner ohne Bezüge beurlaubt?</b> ja, vom      bis      Elternzeit      sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)							nein
<b>Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner erwerbstätig?</b> ja, als:      Beamter      Arbeitnehmer      Selbständiger bei:      Zeitanteil:								nein

  

<b>6</b>	<b>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.</b>						
Vorname (ggf. abweichender Familienname)		Geburtsdatum	<b>Bei Kindern in Berufsausbildung / Studium</b>				
			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?							nein
ja, Kind      bei:							nein
Hat ein über 18-jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen?							nein
ja, Kind:      seit:							nein

  

<b>7</b>	<b>Besteht Krankenversicherungsschutz (bei erster Antragstellung und Änderungen – bitte Nachweise vorlegen)</b>						
ja	(bei Kind Vorname angeben)	privat	gesetzlich			Zusatzversicherung (Art?)	
			pflicht-	freiwillig	familien-		
			versichert				
	Antragsteller						nein
	Ehegatte/Lebenspartner						nein
	Kind						nein
	Kind						nein
	Kind						nein

  

<b>8</b>	<b>Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z. B. nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, sozialem Entschädigungsrecht usw.)?</b> ja, für Person(en):      (bitte Nachweis vorlegen u. Aufwendungen kennzeichnen)							nein
----------	---	--	--	--	--	--	--	------

  

<b>9</b>	<b>Ist mit den behandelnden Ärzten / der Klinikleitung eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) / gesondert berechenbare Unterkunftsleistungen geschlossen worden?</b> ja      (Bitte Kopie der <b>Wahlleistungsvereinbarungen</b> beilegen!)							nein
----------	--	--	--	--	--	--	--	------

  

<b>10</b>	<b>Es werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die <b>Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt</b> worden sind (bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen).</b>							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				
<b>Gesamtbetrag:</b>				

### 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 Dienstunfalles (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/](http://www.lff.bayern.de/themen/dienstunfallsachschaden/allgemeine-informationen/).