



**Vordruck gilt nur für Beamte/
Versorgungsempfänger
deren Dienstherr der Landkreis Augsburg ist!**

Geschäftszeichen bitte stets angeben
FB 01/1-0352/04

Landratsamt Augsburg
Fachbereich 01/1
- Beihilfestelle -
Prinzregentenplatz 4

86150 Augsburg

Die Beihilfe wird auf das Bezügekonto überwiesen.
IBAN:
BIC:
bei:

Bei **erstmaliger Antragstellung** oder **auf Verlangen** der Beihilfestelle ist der Antrag vollständig auszufüllen. In **Folgeanträgen** sind die Fragen 1 - 6 zwingend zu beantworten. Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen. Ggf. bitte Beiblatt für weitere Angaben verwenden. Die Angaben im Beihilfeantrag sind für die Beihilfefestsetzung erforderlich.

Antrag auf Beihilfe

| | | | |
|---|---|----------------------|-------------------------------|
| 1 | Name, Vorname: Geburtsdatum: | Straße: PLZ, Ort: | |
| | Dienststelle / Pensionsfestsetzungsbehörde: | | |
| | Besteht eine weitere Beihilfeberechtigung ? <input type="checkbox"/> ja, bei: | | <input type="checkbox"/> nein |
| 2 | Wurden geltend gemachte Aufwendungen durch einen Unfall verursacht? <input type="checkbox"/> ja, Unfalldatum: _____ (bitte Unfallschilderung vorlegen und Belege kennzeichnen) | | <input type="checkbox"/> nein |
| | Unfallart: <input type="checkbox"/> Dienstunfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall Kommt ein Fremdverschulden in Betracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| 3 | War ein naher Angehöriger (Ehegattin/Ehegatte, Lebenspartnerin/Lebenspartner, Kinder, Eltern der behandelten Person) bei Behandlungen tätig? <input type="checkbox"/> ja, Name des Behandlers: _____ (bitte Belege kennzeichnen) | | <input type="checkbox"/> nein |
| 4 | Werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind? <input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweis vorlegen und die Aufwendungen kennzeichnen) | | <input type="checkbox"/> nein |
| 5 | Wenn Aufwendungen für stationären Krankenhausaufenthalt geltend gemacht werden? Ist mit den behandelnden Ärzten eine <u>Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung)</u> geschlossen worden? <input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie der Wahlleistungsvereinbarung beilegen!) | | <input type="checkbox"/> nein |
| 6 | Haben sich Änderungen bei den Ziffern 7 - 12 gegenüber Ihrem letzten Antrag ergeben? <input type="checkbox"/> ja, bei Ziffer(n) _____ (bitte Fragen beantworten) | | <input type="checkbox"/> nein |
| | <input type="checkbox"/> 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 bin damit einverstanden, dass die Beihilfestelle bei gebührenrechtlichen und medizinischen Fragen einen Beratungsarzt bzw. Gutachter hinzuziehen und hierzu auch personenbezogene Daten übermitteln kann. Für Rückfragen bei den Behandlern entbinde ich diese von der Schweigepflicht. | | <input type="checkbox"/> ja |

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass nachträgliche Preisnachlässe auf die eingereichten Belege sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen sind. Die Hinweise zum Datenschutz (siehe Anlage Informationsblatt zur DSGVO) habe ich zur Kenntnis genommen.

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

Telefon tagsüber: _____

Datum, Unterschrift _____

Beihilfeberechtigte/Beihilfeberechtigter Nachweis liegt vor
 Bevollmächtigte/Bevollmächtigter

7 Antragstellerin/Antragsteller:

vollbeschäftigt seit: teilzeitbeschäftigt seit: Zeitanteil (z.B. 19,5/39 Std.):

Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet? ja, vom _____ bis _____ nein

Sind Sie ohne Bezüge beurlaubt? ja, vom _____ bis _____ nein

Elternzeit sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)

Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt? ja, vom _____ bis _____ als _____ nein

bei _____ Zeitanteil: _____

8 Vorname der **Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners** (ggf. abweichender Familienname) Geburtsdatum _____

Hat die Ehegattin/der Ehegatte, die Lebenspartnerin/der Lebenspartner eine **eigene Beihilfeberechtigung**?

ja, bei: _____ nein

Ist die Ehegattin/der Ehegatte, die Lebenspartnerin/der Lebenspartner ohne Bezüge beurlaubt?

ja, vom _____ bis _____ nein

Elternzeit sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)

Ist die Ehegattin/der Ehegatte, die Lebenspartnerin/der Lebenspartner erwerbstätig?

ja, als: Beamtin/Beamter Arbeitnehmer/in Selbständige/r nein

bei _____ Zeitanteil: _____

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 **20.000 Euro**?

ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung nein

ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr nein

Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind von den Brutto-Einnahmen nur die Werbungskosten abzusetzen.

9 Kinder, die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind oder die bei einer zweiten Berufsausbildung bzw. einem Zweitstudium wegen des Umfangs einer Erwerbstätigkeit nicht berücksichtigt werden.

| Vorname (ggf. abweichender Familienname) | Geburtsdatum | Bei Kindern in Berufsausbildung / Studium | | | | eigene Beihilfeberechtigung | |
|--|--------------|---|--------|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|
| | | Art der Ausbildung | Beginn | voraussichtliches Ende | | | |
| a | | | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| b | | | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| c | | | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

Ist ein Kind bei einer anderen Person im **Familienzuschlag** berücksichtigungsfähig?

ja, Kind: _____ bei _____ nein

(falls ja, bitte Originalbelege für das Kind vorlegen)

Hat ein über 18-jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen?

ja, Kind: _____ seit: _____ nein

10 Besteht **Krankenversicherungsschutz** (bei erster Antragstellung und Änderungen - bitte Nachweise vorlegen)

| ja (bei Kind Vorname angeben) | privat | gesetzlich | | | Zusatzversicherung (Art?) | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| | | pfl | frei | familien- | | |
| | | pflicht- | willig | versichert | | |
| <input type="checkbox"/> Antragsteller | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Ehegatte/in, Lebenspartner/in | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Kind _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Kind _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Kind _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein |

11 Besteht für geltend gemachte Aufwendungen **zusätzlich** Anspruch auf **Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung** (z.B. nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz usw.)? nein

ja, für Person(en): _____ (bitte Nachweis vorlegen u. Aufwendungen kennzeichnen)

12 Wird eine **Rente** aus der **gesetzlichen Rentenversicherung** gewährt? nein

ja, für Person(en): _____ seit: _____ (bitte Nachweis vorlegen)

Zusammenstellung der Aufwendungen zum Beihilfeantrag

von Frau/Herrn _____

vom _____

Hinweis: Die Einträge und Belege bitte nach Personen ordnen.

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

Ausfüllhilfe am PC: Aufgrund verschiedener PDF-Versionen ist vor den Dezimalstellen ein Punkt statt einem Komma einzugeben.

| Beleg 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 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 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 7** und/oder **Frage 8** stets auszufüllen.

Anlage Informationen zur Datenerhebung nach Art. 13 bzw. 14 DSGVO für den Bereich Beihilfe

Wichtig: Durch Ihre Unterschrift auf dem Beihilfeantrag bestätigen Sie gleichzeitig, dass Sie über die Datenschutzhinweise belehrt wurden.

1. Bezeichnung der Verarbeitungstätigkeit

Datenschutzhinweise im Zusammenhang mit der Erfassung, Berechnung und Auszahlung von Beihilfen, Abschlägen, Rentenbeiträgen und Gutachterhonoraren sowie der Erstellung von Genehmigungen gem. der Bayer. Beihilfeverordnung (BayBhV).

2. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Landratsamt Augsburg
Fachbereich 01/1 - Beihilfestelle
Prinzregentenplatz 4, 86150 Augsburg

Ansprechpartner:

E-Mail: Karola.Rieder@LRA-a.bayern.de Tel.: (0821) 3102-2377
E-Mail: Michaela.Schuster@LRA-a.bayern.de Tel.: (0821) 3102-2399

3. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Landratsamt Augsburg
Behördlicher Datenschutzbeauftragter
Prinzregentenplatz 4, 86150 Augsburg
E-Mail: datenschutz@LRA-a.bayern.de
Tel.: (0821) 3102-2555

4. Zweck und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

4.1 Zweck der Verarbeitung

Ihre Daten werden erhoben, um die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, bei Schutzimpfungen und in sonstigen Fällen zu ermöglichen, Rentenbeiträge abzuführen und Gutachterhonorare zu erstatten. Die Daten werden auch für die Erstellung diverser Genehmigungen nach der BayBhV benötigt. Ihre Daten können im Rahmen gesetzlicher Vorgaben an die Fach- und Rechtsbehörde, sowie die Rechnungsprüfungsbehörde und Rentenversicherungsprüfern übermittelt werden. Hierzu legen wir eine Beihilfeakte an.

4.2 Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Ihre Daten werden auf folgender Grundlage verarbeitet:

- Art. 6 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe a und Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a und h, Abs. 3 DSGVO, Art. 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, Abs. 2 BayDSG (Datenübermittlung an Beratungsärzte mit Einwilligung des Betroffenen)
- Art. 6 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe c und e, Abs. 3 DSGVO i.V.m. Art. 96 BayBG, Art. 89 Abs. 4 BayBG, Art. 144 Satz 1 BayBG, Bayerische Beihilfeverordnung (BayBhV), Art. 9 Abs. 2 Buchstabe h, Abs. 3 DSGVO, Art. 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, Abs. 2 BayDSG (Beihilfebearbeitung im originären Zuständigkeitsbereich des Landratsamtes Augsburg)
- Art. 6 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe c und e, Abs. 3 DSGVO i.V.m. Art. 5 Abs. 4 BayDSG i.V.m. Art. 88 ff BayHO bzw. i.V.m. § 212a SGB VI, Art. 9 Abs. 2 Buchstabe h, Abs. 3 DSGVO und Art. 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 BayDSG (Datenübermittlung an Rechnungsprüfungsbehörden bzw. Rentenversicherungsprüfer)
- Art. 5 Abs. 3 BayDSG i.V.m. Art. 28 DSGVO i.V.m. den Vereinbarungen mit der Beihilfe-Service Gesellschaft mbH, Engelschalkinger Str. 14, 81925 München, und des Rechenzentrumsbetriebs der AKDB i.V.m. Art. 9 Abs. 2 Buchstabe h, Abs. 3 DSGVO (evtl. Offenlegung von Daten im Rahmen von Wartung und Lösung technischer Probleme)

5. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden soweit erforderlich weitergegeben an:

- den Fachbereich Finanz- und Teilnehmungsmanagement - Kreiskasse - zur Weiterleitung an Ihr Kreditinstitut, um Überweisungen an Sie vornehmen zu können.
- das Kreisrechnungsprüfungsamt und den Rechnungsprüfungsausschuss des Kreistages im Rahmen der gesetzlichen Rechnungsprüfung.
- Rentenversicherungsprüfer im Rahmen der Prüfung gemäß § 212a SGB VI bei Abführung der Rentenbeiträge für Pflegepersonen.
- Beratungsärzte, Amtsärzte und Gutachter im Rahmen von medizinischen Prüfungen mit Einwilligung der Betroffenen.
- die Beihilfe-Service GmbH sowie das Rechenzentrum der AKDB hinsichtlich Betreuung der Software und Betrieb der Datenverarbeitungssysteme als Auftragsverarbeiter.
- den Personalausschuss des Kreistages als oberste Dienstbehörde sowie Amtsärzte und Gutachter im Widerspruchsfall.

6. Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Drittland

Eine Übermittlung an ein Drittland oder eine internationale Organisation findet nicht statt.

7. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Beihilfedaten werden in den eingesetzten elektronischen Verfahren zur Beihilfebearbeitung für fünf Jahre nach Ablauf des Jahres, in dem ihre Bearbeitung abgeschlossen wurde, gespeichert (Art. 110 Abs. 2 Satz 1 BayBG) und dann gelöscht, sofern sie nicht darüber hinaus für die Bearbeitung benötigt werden.

In den eingesetzten elektronischen Verfahren zur Beihilfebearbeitung werden keine Beihilfebelege elektronisch gespeichert.

8. Betroffenenrechte

Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

- Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO).
- Sollten unrichtige personenbezogenen Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO).
- Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO).
- Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).
- Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft das Landratsamt Augsburg, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.
- Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz.

Diesen können Sie unter folgenden Kontaktdaten erreichen:

Bayerischer Landesbeauftragter für den Datenschutz
Wagmüllerstraße 18
80538 München
Telefon: 089 212672-0
oder online unter www.datenschutz-bayern.de

9. Widerrufsrecht bei Einwilligung

Wenn Sie in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch das Landratsamt Augsburg durch eine entsprechende Erklärung im Beihilfeantrag eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten wird durch diesen nicht berührt.

10. Pflicht zur Bereitstellung der Daten

Das Landratsamt Augsburg benötigt Ihre Daten, um Ihren Antrag auf Beihilfe zu bearbeiten.

Wenn Sie einen Antrag auf Beihilfe stellen, müssen Sie Ihre Daten angeben. Diese Verpflichtung ergibt sich aus § 48 BayBhV. Wenn Sie die Daten nicht angeben, kann Ihr Antrag nicht positiv bearbeitet werden und ist dann abzulehnen.

11. Daten, die nicht unmittelbar bei Ihnen erhoben wurden

Im Zuge der Beihilfefestsetzung und -abrechnung können wir außerdem folgende Daten von anderen Stellen erhalten:

- Im Bezügeabrechnungsverfahren beim Fachbereich Personalmanagement des Landratsamtes Augsburg gespeicherte und für die Bearbeitung der Beihilfe benötigte personenbezogenen Daten.
- Pflegeberatung Compass GmbH:
Debitorennummer; Kostenanforderungsnummer; Ansprechpartner mit Durchwahl; Rechnungsdatum; Identifikationsnummer beinhaltet Personalnummer; Name; Vorname; Geburtsdatum; Straße/Hausnummer; PLZ/Ort; Beratungsdatum; Kostenanforderung.
- Pflegeversicherungen:
Versicherungsnummer; Geburtsdatum; Staatsangehörigkeit; Anschrift; Beginn und Ende der Pflegetätigkeit; den Pflegegrad, beitragspflichtige Einnahmen nach § 166 Abs. 2 SGB VI.
- Fiskalat:
Info Drittschuldner mit Az. beim Fiskalat.
- Krankenhäuser, Reha- und Kurkliniken etc. hinsichtlich Aufnahme- und Direktabrechnungsverfahren:
Name; Vorname; Anrede; Geburtsdatum; Adresse; Versicherungsdaten; Diagnosen; Abgebende und aufnehmende Einrichtung.

Hinsichtlich dieser Daten gelten die unter den Ziffern 1 bis 10 gemachten Ausführungen.