



**ACHTUNG: Nur für Beamte/  
Versorgungsempfänger  
deren Dienstherr der  
Landkreis Augsburg ist!**

Geschäftszeichen bitte stets angeben  
**FB Z1-0352/04**

Landratsamt Augsburg  
Fachbereich Z1  
- Beihilfestelle -  
Prinzregentenplatz 4

86150 Augsburg

Eingangsstempel

**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.

## Antrag auf Beihilfe mit Zusammenstellung der Aufwendungen

1	Name:	Straße:	
	Vorname:	PLZ, Ort:	
	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw. Änderungsdatum:	Dienststelle / Pensionsfestsetzungsbehörde
Besteht eine <b>weitere Beihilfeberechtigung</b> ? <input type="checkbox"/> ja, bei:			<input type="checkbox"/> nein

2	Wurden geltend gemachte Aufwendungen durch einen Unfall (jegliche Art von Verletzungen) verursacht? <input type="checkbox"/> ja, Unfalldatum: (bitte ausführliche Unfallschilderung vorlegen und Aufwendungen kennzeichnen) <b>Unfallart:</b> <input type="checkbox"/> Dienstunfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall Kommt ein <b>Fremdverschulden</b> in Betracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
---	--	-------------------------------

3	War ein <b>naher Angehöriger</b> (Ehegatte, Kinder, Eltern der behandelten Person) bei Behandlung tätig? <input type="checkbox"/> ja, Name des Behandlers: _____ (bitte Belege kennzeichnen)	<input type="checkbox"/> nein
---	---	-------------------------------

4	Werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die <b>Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt</b> worden sind? <input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweis vorlegen und die Aufwendungen kennzeichnen)	<input type="checkbox"/> nein
---	---	-------------------------------

5	Werden Aufwendungen für <b>stationären Krankenhausaufenthalt</b> geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja Ist mit den behandelnden Ärzten eine <u>Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen</u> geschlossen worden? <input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie der Wahlleistungsvereinbarung beilegen!) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
---	--	-------------------------------

6	<b>Haben sich Änderungen bei den Ziffern 7 - 12 gegenüber Ihrem letzten Antrag ergeben?</b> <input type="checkbox"/> ja, bei Ziffer(n) _____ (bitte Fragen beantworten)	<input type="checkbox"/> nein
---	--	-------------------------------

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 versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Preisnachlässe auf die eingereichten Belege sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.**

Anzahl der eingereichten Belege: \_\_\_\_\_  
Summe der Aufwendungen: \_\_\_\_\_ Euro

Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_  
 Beihilfeberechtigte(r)  Bevollmächtigte(r)  
 Nachweis liegt bei bzw. bereits vor

Hinweis nach Art. 16 Abs. 3 Bayer. Datenschutzgesetz (BayDSG): Die Angaben im Beihilfeantrag sind für die Festsetzung der Beihilfe erforderlich.

**7** Antragsteller (nur von Beschäftigten im aktiven Dienst auszufüllen)

<input type="checkbox"/> vollbeschäftigt seit:	<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt seit:	Zeitanteil (z.B. 19,25/38,50):
Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet? <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____		<input type="checkbox"/> nein
Sind sie ohne Bezüge beurlaubt? <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Erziehungsurlaub <input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)		<input type="checkbox"/> nein
Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt? <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ als _____ bei _____ Zeitanteil: _____		<input type="checkbox"/> nein

**8**

Vorname des <b>Ehegatten</b> (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum	
Hat der Ehegatte eine <b>eigene Beihilfeberechtigung</b> ? <input type="checkbox"/> ja, bei: _____		<input type="checkbox"/> nein
Ist der Ehegatte ohne Bezüge beurlaubt? <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Erziehungsurlaub <input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)		<input type="checkbox"/> nein
Ist der Ehegatte erwerbstätig? <input type="checkbox"/> ja, als: <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer bei _____ Zeitanteil: _____		<input type="checkbox"/> nein
Übersteigen die Einkünfte (§2 Abs. 3 EStG) des Ehegatten den Betrag von <b>18.000 Euro</b> ? <input type="checkbox"/> ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung <input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein

**9** Welche **Kinder** sind im **Familien-/Orts-/Sozialzuschlag** berücksichtigungsfähig oder werden nur wegen der Höhe der Einkünfte und Bezüge nicht berücksichtigt?

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	
d					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Ist ein Kind bei einer anderen Person im **Familien-/ Orts-/ Sozialzuschlag** berücksichtigungsfähig?  
 ja, Kind: \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  
(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: \_\_\_\_\_

**10** Besteht **Krankenversicherungsschutz** (bei 1. Antragstellung und Änderungen - bitte Nachweis vorlegen)

ja (bei Ehegatte/Kind Vorname angeben)	privat	gesetzl.	sonst. zusätzl. KV-Schutz (Art?)	
<input type="checkbox"/> Antragsteller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Ehegatte _____	<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"/> nein
<input type="checkbox"/> Kind _____	<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"/> nein
<input type="checkbox"/> Kind _____	<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.)?  
 ja, für Person(en): \_\_\_\_\_ (bitte Nachweis vorlegen u. Aufwendungen kennzeichnen)

nein

**12** Wird eine **Rente** aus der **gesetzlichen Rentenversicherung** gewährt?  
 ja, für Person(en): \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ (bitte Nachweis vorlegen)

nein

