



Ergänzungsblatt

Das Ergänzungsblatt ist nur beizufügen bei(m):

1. Erstantrag (bitte vollständig ausfüllen)
2. Änderungen Ihrer persönlichen Angaben (bitte nur die jeweiligen Änderungen eintragen)
Eine Änderung der nachfolgenden Daten (Pkt. 1 bis 4) teilen Sie bitte auch Ihrer „gehaltzahlenden“ Stelle mit.

Personalnummer:

Arbeitgeber:

Name:

Vorname:

Tel. dienstlich*:

Tel. privat*:

*freiwillige Angabe

1. Allgemeine Angaben zum/zur Beihilfeberechtigten

Privatanschrift

Straße		Nr.	PLZ	Wohnort
BIC	IBAN			

2. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

seit: Beamter/Beamtin Tarifbeschäftigte(r) Versorgungsempfänger/in

bei:

Teilzeitbeschäftigt von bis mit (Wochenstunde; Prozentual oder Bruch)

Unterbrechungszeiten im letzten und laufenden Jahr von bis

Grund:

Elternzeit Urlaub ohne Bezüge sonstiger Grund:
ausgeschieden seit .

3. Angaben zum Familienstand, Ehegatten/eingetr. Lebenspartner, Kind/Kindern

a. ledig verheiratet eingetr. Lebenspartnerschaft seit:
 geschieden verwitwet

b. Ehegatte/eingetr. Lebenspartner

Vorname	abweichender Nachname	Geburtsdatum

c. Kinder

Vorname (ggf. anderer Nachname)	Geburtsdatum	von	bis

4. Anspruchskonkurrenz/weitere Ansprüche (auch die des Ehegatten/des eingetr.

Lebenspartners, des Kindesvaters/der Kindesmutter, des Kindes/der Kinder)

a. Mein Ehegatte (auch geschiedene) oder eingetr. Lebenspartner ist im öffentlichen oder kirchlichen Dienst beschäftigt:

ja, als Beamter/Beamtin ja, als Tarifbeschäftigte(r) nein

b. Ist die Kindesmutter/der Kindesvater eines unter Nr. 3c) genannten Kindes ebenfalls im öffentlichen oder kirchlicher Dienst beschäftigt?

ja, als Beamter/Beamtin ja, als Tarifbeschäftigte(r) nein

c. Bestehen weitere Beihilfeansprüche, Ansprüche auf Heilfürsorge oder Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)?

Wenn ja, bitte Nachweis(e) beifügen!

Person	Anspruch	Zahlende Stelle

bei Ansprüchen für weitere Personen bitte weiteres Ergänzungsblatt verwenden

5. Angaben zum Kranken-/Pflegeversicherungsschutz

Bei erster Antragstellung und bei jeder Änderung ist zwingend ein aktueller Versicherungsnachweis mit Angabe des Versicherungsumfanges (z.B. Versicherungsprozente) vorzulegen!

a. Versichert bei einem privaten Versicherungsunternehmen

Versicherte Person	Normaltarif (Prozenttarif)	Standard-/Basistarif	Festkostentarif	Zusatztarif (1)	Seit
Berechtigter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ehegatte/eingetr. Lebenspartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kind:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kind:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kind:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

b. Versichert bei einer gesetzlichen Krankenkasse, Ersatzkasse oder Knappschaft und sonstige Versicherungsschutz

Versicherte Person	Pflicht-versichert	Freiwillig versichert	Familienversichert über folgende Person	Heilfür-sorge	Anspruch § 10 BVG	Zusatz-tarif (1)	Seit
Berechtigter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ehegatte/eingetr. Lebenspartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kind:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kind:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kind:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1) Hierunter fallen z.B. private Pflegekostenversicherungen, Ergänzungstarife für Zahn- und ambulante Kosten sowie Auslandsreiseversicherungen o.ä. Nicht anzugeben sind Tagegeldversicherungen (Krankentagegeldversicherung, Krankenhaustagegeldversicherungen u. Pflegetagegeldversicherung)

c. Sonstige Absicherung im Krankheitsfall

Person	Erläuterung der Absicherung (Bitte Nachweis beifügen)	Seit

6. Betreuer/Bevollmächtigter

Betreuer Bevollmächtigter Nachweis liegt vor liegt bereits vor

Name	Vorname

Straße	Nr.	PLZ	Wohnort

Folgende Angabe ist nur erforderlich, wenn die Beihilfe auf das Konto des Betreuers/Bevollmächtigten gezahlt werden soll.

BIC	IBAN

7. Unterschrift

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für eine Beihilfegewährung sind.

Datum	Unterschrift