

# Antrag auf Beihilfe in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen sowie zur Gesundheitsvorsorge

<b>Antragsteller</b> Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung	<b>Wichtig!</b> Besoldungs-/ Entgeltgruppe	Geburtsdatum Tag    Monat    Jahr	Telefon
---	--	--------------------------------------	---------

**Bitte beachten Sie die Hinweise auf der Rückseite.  
Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. deutlich ausfüllen!**

**Deutsche Rentenversicherung  
Baden-Württemberg  
Abteilung 26 Gebäudemanagement und  
Dienstleistungen  
– Beihilfestelle –**

Anschrift der  
Deutschen Rentenversicherung  
Baden-Württemberg in  
 ■■■► • 76122 Karlsruhe oder  
 • 70429 Stuttgart

Personalnummer  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Antragsdatum Tag    Monat    Jahr  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Summe der geltend gemachten Aufwendungen (lt. Seite 3, Spalte 5) Euro    Cent  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Ich **versichere**, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich auch nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sowie weitere Kostenerstattungen sofort der Beihilfestelle schriftlich anzuzeigen habe. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.  
 Unterschreibt eine andere Person als der Beihilfeberechtigte, ist beim Erstantrag eine Vollmacht vorzulegen.

**Unterschrift** \_\_\_\_\_

Bei **erstmaliger** Antragstellung: Bitte **alle** Fragen 1 - 7 beantworten!  
 Bei **wiederholter** Antragstellung:  
 Haben sich Änderungen bei den Fragen **1 bis 7** gegenüber den Angaben im letzten Antrag auf Beihilfe ergeben?

nein     ja, folgende Änderungen unter **1 bis 7**

**Bitte Fragen 8 - 10 – sofern zutreffend – und Frage 11 stets beantworten**

**1 Nur für Aktive**

<input type="checkbox"/> vollbeschäftigt seit .....	vereinbarte regel- mäßige wöchentl. Arbeitszeit	ohne Bezüge beurlaubt	Beurlaubungsgrund	Dienst-/Arbeitsverhältnis befristet
<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt/Altersteilzeit seit .....	..... Stunden	von .....	<input type="checkbox"/> Erziehungsurlaub/Elternzeit/Pflegezeit <input type="checkbox"/> sonstiger Grund	von .....
		bis .....		bis .....

**2** Haben Sie, Ihr Ehegatte/eingetragener Lebenspartner und im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder einen Anspruch auf:

a) <b>Heilfürsorge</b> nach Beamten- oder Soldatenrecht? (Polizei- und Feuerwehrbeamte, Soldaten)	b) <b>Krankenhilfe</b> , z. B. nach Bundesversorgungs-, Opferentschädigungs-, Entwicklungshelfergesetz?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Nachweis oder Bescheid beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Nachweis oder Bescheid beifügen

**3 Kranken- und Pflegeversicherungsschutz**

Personen (geben Sie bei Kindern bitte den Vornamen an)	Private Versicherung Fügen Sie beim <u>Erstantrag</u> und bei <u>Änderungen</u> einen Nach- weis über Art und Umfang bei.					Gesetzliche Krankenkasse Bitte kreuzen Sie die Art der Mitglied- schaft an und fügen Sie Nachweise bei.				Dieser Versi- cherungsschutz besteht seit:		Nicht versichert	
	Prozenttarife			Stand- ard-/ Basis- tarif	Zusatz- tarif <sup>1)</sup>	pflicht- versi- chert	freiwillig versi- chert	Wahltarif verein- bart <sup>2)</sup>	familien- versichert über welche Person? A    E/LP	Monat	Jahr		
	ambulant %	stationär %	Zahnkosten %										
Antragsteller (A)						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Ehegatte (E)/eingetragener Lebenspartner (LP)						<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"/>			<input type="checkbox"/>
Kind						<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>
Kind						<input type="checkbox"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>

<sup>1)</sup> Hierunter fallen: Pflegekostenversicherung (PfK), Ergänzungstarife für Zahn- und ambulante Kosten, Wahlleistungen im Krankenhaus, Auslands-(Reise-)versicherungen (AR) o. ä. Das Bestehen einer **Auslands-(Reise-)versicherung** ist immer dann anzugeben, wenn Auslandsaufwendungen geltend gemacht werden. Nicht anzugeben sind Tagesgeldversicherungen (Pflegefalltagegeldversicherung, Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeldversicherung).  
<sup>2)</sup> Wahltarife sind Versicherungen nach individuellen Bedürfnissen (z. B. Selbstbehalt-Tarife, Rückerstattungs-Tarife, Kostenerstattungs-Tarife, etc.).

weitere Angaben auf Seite 2

4 Zur Feststellung Ihres **persönlichen Bemessungssatzes**:

a) Waren Sie am 31.12.2012

- ein im Geltungsbereich der Beihilfeverordnung des Landes Baden-Württemberg vorhandener Beihilfeberechtigter **mit** Unterbrechungszeiten ab dem 01.01.2013 (Beispiel: Beendigung des Beamtenverhältnisses als Anwärter und spätere Neueinstellung als Beamter) oder
- im Geltungsbereich eines anderen Dienstherrn beihilfeberechtigt?

nein  ja, bitte legen Sie uns einen entsprechenden Nachweis vor.

b) Sind bzw. waren bei Ihnen drei Kinder - ggf. auch zu unterschiedlichen Zeiten - im Familien-, Orts- oder Sozialzuschlag berücksichtigungsfähig?

nein  ja, bitte legen Sie Kopien der Geburtsurkunden bei, sofern noch nicht geschehen.

5 Waren **Angehörige** in dem Zeitraum, in dem die geltend gemachten Aufwendungen entstanden sind, **berufstätig oder in Berufsausbildung**?

nein  ja, bitte geben Sie uns hierzu nähere Informationen.

6 Haben Sie oder Ihre Angehörigen eine **weitere eigene Beihilfeberechtigung** (als Beamter, Versorgungsempfänger, Hinterbliebener, Beschäftigter)?

nein  ja, bitte geben Sie uns nähere Erläuterungen zu den Beihilfeberechtigten (z. B. Grund, Dauer, Dienstherr)

Name der beihilfeberechtigten Person: \_\_\_\_\_

Angaben zur Beihilfeberechtigung: \_\_\_\_\_

7 Sind Kinder bei einem **anderen** Beihilfeberechtigten (z. B. bei dem anderen auch beihilfeberechtigten Elternteil) ebenfalls berücksichtigungsfähig?

nein  ja; Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Bei wem (z. B. Dienstherr, Arbeitgeber, usw.) \_\_\_\_\_

Rechtsverhältnis des **anderen** Beihilfeberechtigten:

Beamter, Richter  Beschäftigter  Abgeordnetenmandat  
 Versorgungsempfänger  anderes Rechtsverhältnis

8 **Nur ausfüllen**, wenn Aufwendungen für den **Ehegatten/Lebenspartner** geltend gemacht werden

Name, Vorname	Geburtsdatum			Heirat/Verpartnung am			rechtkräftig geschieden seit			verwitwet seit		
	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr

**Wie hoch war der Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz \*) Ihres Ehegatten/Ihres Lebenspartners**

- im <b>letzten</b> Kalenderjahr (20____)?	<input type="checkbox"/> 0 EUR bis 18.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 18.000 EUR bis 20.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 20.000 EUR
- im <b>vorletzten</b> Kalenderjahr (20____)?	<input type="checkbox"/> 0 EUR bis 18.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 18.000 EUR bis 20.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 20.000 EUR
Wie hoch werden die Einkünfte im <b>laufenden</b> Kalenderjahr (20____) voraussichtlich sein?	<input type="checkbox"/> 0 EUR bis 18.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 18.000 EUR bis 20.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 20.000 EUR

\*) Den Gesamtbetrag der Einkünfte können Sie ggf. dem Einkommensteuerbescheid entnehmen. Zum Gesamtbetrag der Einkünfte gehören auch Einkünfte aus Kapitalvermögen, die aufgrund der Regelungen zur Abgeltungssteuer nicht mehr zwingend in der Steuererklärung anzugeben sind.

9 **Beruhende Aufwendungen auf einer Verletzung, Schädigung oder auf einem Unfall** (auch **ohne** Fremdschädigung)?

nein  ja, Datum des schädigenden Ereignisses 

Tag	Monat	Jahr

Falls ja, fügen Sie bitte eine Sachverhaltsschilderung auf gesondertem Blatt bei. Betroffene Belege bitte stets auf Seite 3, Spalte 7, ankreuzen.

**Es handelt sich um**

- Verletzung, Schädigung, Unfall im privaten Bereich (auch selbst verursacht).
- Verletzung, Schädigung, Unfall im Zusammenhang mit Kindergarten- oder Schulbesuch, Studium.
- Dienstupfall (bitte Originalbelege beifügen)/Arbeitsunfall.
- anderes schädigendes Ereignis (z. B. tätlicher Angriff. Bitte wenden Sie sich hierzu an Ihr zuständiges Versorgungsamt).

**Bestehen zu den geltend gemachten Aufwendungen (vorrangige) Leistungsansprüche gegenüber anderen Stellen?**

(z. B. Dienstherr/Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger, Versorgungsamt, Schädiger, etc.)

nein  ja

Betrifft Belege Nrn. \_\_\_\_\_

10 **Nur ausfüllen**, wenn die Behandlung bzw. Leistung durch einen **nahen Angehörigen** bzw. durch Angestellte/Hilfskräfte/Erfüllungshelfen (deren Tätigkeit dem nahen Angehörigen wirtschaftlich zuzurechnen ist) des nahen Angehörigen erfolgt ist.

Um welche Aufwendungen handelt es sich?

- **Belege-Nrn.:** \_\_\_\_\_

(**Nahe Angehörige** sind: Ehegatten/eingetragene Lebenspartner, Kinder, Eltern, Schwiegersöhne, -töchter, Großeltern, Enkel, Geschwister des Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen)

11 **Einverständniserklärung:**

Die Beihilfestelle darf notwendige telefonische Auskünfte über Belege einholen

a) bei der zuständigen **Krankenversicherung** oder einem anderen Kostenträger

des Antragstellers

nein  ja

des Angehörigen

nein  ja

b) bei dem **Behandler** oder **Rechnungsaussteller**

nein  ja

nein  ja

## A Zusammenstellung der Aufwendungen

Bitte beachten Sie:

- Wenn Sie Aufwendungen für **mehrere** Personen geltend machen, tragen Sie die Belege bitte **nach Personen geordnet** ein: **Antragsteller, Ehegatte/eingetragener Lebenspartner, Kinder**.
- Werden Aufwendungen für den **Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner** geltend gemacht, sind immer **Angaben zu dessen Einkünften** erforderlich (S. 2, Nr. 8).
- In Spalte 6 (Kostenerstattung von anderer Seite) sind auch Erstattungen aus Zusatzversicherungen, z. B. **Auslands-(Reise-)versicherungen**, einzutragen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung nachweislich nach einem **Vomhundertsatz** (Prozenttarif) bemessen werden, ist **kein** Einzelnachweis und **kein** Eintrag in der Spalte 6 erforderlich.
- Bitte kennzeichnen Sie alle **Belege aus dem Ausland**. Bei Belegen in Fremdwährung geben Sie bitte den in Euro umgerechneten Rechnungsbetrag an.
- Bitte tragen Sie jede Rechnung und jedes Rezept einzeln ein und beachten Sie, dass die Rezepte nicht zurück gegeben werden. **Reichen Sie daher keine Originalrezepte ein.**
- Bitte beachten Sie, dass beim **Tod des Beihilfeberechtigten** in jedem Fall nur die **Originalbelege** akzeptiert werden können (s. auch Seite 4, E).

1 Beleg-Nr.	2 Aufwendungen für A = Antragsteller E = Ehegatte LP = eingetragener Lebenspartner bei Kindern Vorname	3 Datum der Rechnung, des Rezepts	4 Art der Leistung (z. B. ärztliche Behand- lung, Rezept, Brille, Krankenhausbehand- lung)	5 Rechnungs- betrag		6 Kostener- stattung von anderer Seite		7 Verlet- zungs- bedingte Aufwen- dungen (Frage 9 beach- ten)	8 Interne Bemerkungen
				EUR	Ct	EUR	Ct		
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
Summe									

### Zur Information

Die Bearbeitung, Erstellung und Versendung der Beihilfeanträge und -bescheide nimmt regelmäßig viel Zeit in Anspruch. Wir bitten Sie daher, von telefonischen und schriftlichen Rückfragen zum Bearbeitungsstand abzusehen. Sie tragen damit zu einer beschleunigten Bearbeitung bei.

Die Beihilfestelle bedankt sich für Ihr Verständnis.

**B Tagesgeld bei stationärer Behandlung (nur, wenn für Wahlleistungen mtl. 22 Euro von den Bezügen einbehalten werden)**

**Krankenhausbehandlung (Einrichtung nach dem Krankenhausentgeltgesetz/der Bundespflegesatzverordnung)**

Ich beantrage eine pauschale Beihilfe, weil Wahlleistungen (Zweibettzimmer oder Chefarztbehandlung) nicht geltend gemacht werden. Zur Prüfung der Voraussetzungen ist der Vordruck „Tagesgeld bei stationärem Aufenthalt“ beigefügt (siehe Intranet oder ggf. bitte anfordern).

Das Tagesgeld beantrage ich für:

A	E/LP	Kind (Name)	Zweibettzimmer	Chefarzt	Tag	vom	Monat	Jahr	Tag	bis	Monat	Jahr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

**C Pauschalbetrag zur Säuglings- und Kleinkinderausstattung für**

Name des/r Kindes/r: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

Tag	Monat	Jahr

Der andere Elternteil ist nicht selbst beihilfeberechtigt (sind beide Eltern beihilfeberechtigt, erhält die Mutter die Beihilfe).

**D Pauschalbeihilfe für häusliche Pflege**

Beim Erstantrag sowie bei sämtlichen Änderungen (z. B. Wechsel der Pflegestufe, Pflegeart) fügen Sie bitte den Leistungsbescheid der Pflegeversicherung bei.

Ich beantrage Pflegegeld für häusliche Pflege durch geeignete Pflegepersonen für die Zeit

vom				bis			
Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Jahr

Wurde die häusliche Pflege im beantragten Zeitraum **unterbrochen?**

(z. B. Urlaub der Pflegeperson, stationäre Behandlung, Kurzzeitpflege des Pflegebedürftigen)

nein

ja, der Vordruck „Bestätigung über die Ausführung häuslicher Dauerpflege nach § 9 Abs. 4 BVO“ ist beigefügt (ggf. bitte anfordern).

Ich beantrage die Pauschale für zusätzliche Betreuungsleistungen bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf für die Zeit

vom				bis			
Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Jahr

Ein Nachweis, in welcher Höhe sich die Pflegeversicherung beteiligt hat, ist beigefügt.

**E Pauschalbeihilfe aus Anlass des Todes**

meines Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners  meines Kindes  des Beihilfeberechtigten\*

Todesdatum
Tag
Monat
Jahr

\* Beim **Tod des Beihilfeberechtigten** sind **Originalbelege** erforderlich; bei Antragstellung durch andere Personen als den Ehegatten/den Lebenspartner oder ein Kind zusätzlich die jeweiligen Zahlungsnachweise.

Anlässlich des Todesfalles stehen Sterbegelder zu

nein

ja, bitte Nachweise beifügen

Aufwendungen für den **Sarg** bzw. die **Urne** sowie das **Grabnutzungsrecht**, die neben der Pauschale beihilfefähig sein können, sind unter Abschnitt **A** einzutragen und durch Belege nachzuweisen.

Bitte fügen Sie dem Beihilfebescheid \_\_\_\_\_ (hier Anzahl eintragen) Antragsformulare bei (maximal 3).

**Hinweise:**

1. Aus gegebenem Anlass bitten wir, nach Möglichkeit Anträge mit jeweils maximal 10 Belegen zu stellen. Bei Einreichen einer hohen Anzahl von Belegen muss unter Umständen mit einer längeren Bearbeitungszeit gerechnet werden.
2. Der Antragsvordruck steht im Intranet/Organisation/26 - Gebäudemanagement und Dienstleistungen/Dienstleistungen/Beihilfe/Formulare zur Verfügung und kann zum manuellen Ausfüllen ausgedruckt oder elektronisch ausgefüllt werden. Antragstellern, die einen Zugang zum Intranet haben, wird daher nur noch ein Antrag zugesandt, wenn sie dies unter Ziffer II beantragen. Antragstellern, die keinen Zugang zum Intranet haben, wird weiterhin dem Beihilfebescheid ein Antrag beigefügt.
3. Neben dem Antragsvordruck finden Sie im Intranet unter dem Schlagwort Beihilfe Hinweise und FAQs. Sollten Sie Fragen/Problemstellungen haben, die Sie dort nicht ausreichend beantwortet finden, wenden Sie sich bitte zur Vorabklärung (z. B. zur Vermeidung finanzieller Risiken) an die Beihilfestelle.
4. Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung personenbezogener Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung können Sie dem Merkblatt „Datenschutzhinweise der Beihilfestelle“ entnehmen, welches Sie unter [www.driv-bw.de/beihilfe](http://www.driv-bw.de/beihilfe) aufrufen können.
5. Lebenspartner (LP) sind Personen, die eine Partnerschaft auf Lebenszeit nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz begründet haben.
6. Die männliche Form wird zur textlichen Vereinfachung verwendet und bezieht die weibliche Form ein.