

Beihilfeantrag

Eingangsstempel der Festsetzungsstelle

Evangelische Kirche der Pfalz
(Protestantische Landeskirche)
Beihilfestelle
67343 Speyer

Name, Vorname: _____

Personal-Nr.: _____

Dienststelle: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail-Adresse (privat): _____

<input type="checkbox"/> Vollzeit seit: _____	<input type="checkbox"/> Teilzeit mit: _____	Wo.-Std./seit: _____	<input type="checkbox"/> ATZ oder	<input type="checkbox"/> i. R. seit: _____
ohne Bezüge beurlaubt von: _____		bis: _____	<input type="checkbox"/> Elternzeit	<input type="checkbox"/> Sonstiger Grund
Ich bin <input type="checkbox"/> ledig/seit: _____	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verpartnert	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden

Name und Vorname Ehegatte/in, Lebenspartner/in: _____	berufstätig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Vollzeit	seit: _____
Ehegatte/in, Lebenspartner/in im Öffentlichen Dienst: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Teilzeit mit _____	Wo.-Std. seit: _____
		Im kirchlichen Dienst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Diesen Bereich bitte nur ausfüllen, wenn auch für Ehegattin/Ehegatten oder Lebenspartnerin/Lebenspartner Aufwendungen geltend gemacht werden!
 In Krankheits- und Pflegefällen sind nach § 4 Absatz 1 BVO Aufwendungen für Ehegatten/in oder Lebenspartner/in dann beihilfefähig, wenn dessen/deren Einkünfte (§ 2 Absatz 2 und 5a EStG) oder vergleichbare ausländische Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe bei **a) Eheschließungen** und Begründung des Beamtenverhältnisses nach dem 01.01.2012 20.450 Euro, **b) Eheschließungen** oder Begründung des Beamtenverhältnisses vor dem 31.12.2011 den steuerrechtlichen Grundfreibetrag nach § 32a Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 EStG (Stand 2015: 8.472 Euro/Stand: 2016: 8.652 Euro) nicht übersteigt.

Arbeitgeber des/der Ehegatten/in, Lebenspartners/in _____	krankenversicherungspflichtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ruhegehalt
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Rente
Ohne Bezüge beurlaubt von: _____		bis: _____	<input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> sonstiger Grund

Folgende Kinder sind im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig oder werden nur wegen der Höhe eigener Einkünfte nicht berücksichtigt:

Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum	Zusätzliche Angaben für Kinder über 18 Jahre			Familienzuschlag erhält*
		Schule/Studium/Ausbildung/BuFDi	von:	bis:	
1)					<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E
2)					<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E
3)					<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E
4)					<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E
5)					<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E

Wie sind Sie und Ihre Angehörigen versichert?

Bezeichnung der Krankenversicherung	Werk gegenseitiger Hilfe	Pflichtversichert bei:	freiwillig versichert bei:			als Student/ Rentner krankenversichert bei:	Zuschuss zur KV wird gewährt in Höhe von Euro:
			Private Krankenkasse	Höhe des Prozenttarifs	Ersatzkasse AOK, BKK		
Antragsteller/in	<input type="checkbox"/>						
Ehegatte/in/Lebenspartner/in	<input type="checkbox"/>						
Kind 1	<input type="checkbox"/>						
Kind 2	<input type="checkbox"/>						
Kind 3	<input type="checkbox"/>						
Kind 4	<input type="checkbox"/>						
Kind 5	<input type="checkbox"/>						

*) Bitte Abkürzungen benutzen (A, E, K1, K2 usw.) A0 Antragsteller/in, E= Ehegatte, Ehegattin, Lebenspartner/in, K=Kind

