

Antrag für das Werk gegenseitiger Hilfe

-grün-

Eingangsstempel der Festsetzungsstelle

Werk gegenseitiger Hilfe
Postfach 1840
67607 Kaiserslautern

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"/> Vollzeit	seit: _____
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Teilzeit mit _____
Ehegatte/in, Lebenspartner/in im Öffentlichen Dienst: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	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"/> 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

Ist ein naher Angehöriger (Elternteil, Lebenspartner/in, Kind) tätig geworden?
 nein ja wenn ja, Verwandtschaftsverhältnis: _____ Belegnummer: _____

Wurden Aufwendungen durch einen Unfall verursacht? ja nein Fremdverschulden? ja nein
 Wenn ja, handelt es sich um einen Dienstunfall? häuslichen Unfall? Schulunfall? anderen Unfall?

Bitte auf einem gesonderten Blatt den Unfallhergang kurz schildern. Bei Fremdverschulden benötigen wir die Angabe der beteiligten Personen, der Anschrift des Ersatzpflichtigen (Schädigers, Verursachers bzw. dessen Versicherung).

Werden Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen? nein ja Pflegestufe 0 1 2 3 4

Ich beantrage die anteilige Pflegepauschale für die häusliche Pflege von: _____ bis: _____
 Unterbrechungszeiten (z. B. Krankenhaus, Kurzzeitpflege) von: _____ bis: _____

Zusammenstellung der entstandenen Aufwendungen

Lfd. Nr.	Datum der Belege: (getrennt nach (A, E, K1, K2))	Aufwendungen kennzeichnen nach: 1. Arzneykosten 2. Arztkosten (mit Namen) 3. stationäre Kosten 4. Sonstiges	für *)	Rechnungsbetrag	<u>Nur von Festsetzungsstelle auszufüllen!</u>				
					Euro	Der Höhe nach beihilfefähiger Betrag			Bemerkungen
						v. H.	v. H.	v. H.	
				Euro	Euro	Euro	Euro		
Insgesamt:									
Beispiel:									
1	04.04.2015	2	Dr. Wulf	K1	100,00				

Datum: _____

Unterschrift: _____