

Absender

Postbeamtenkrankenkasse
Beihilfedienste
70636 Stuttgart

Beihilfenummer

Beihilfeberechtigte Person (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Nur für beihilfeberechtigte Personen, die nicht bei der PBeaKK versichert sind

Antrag auf Beihilfe

Ich beantrage die Festsetzung der Beihilfe nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV).

Fremdwährungen bitte umrechnen

Die Erstattung erfolgt auf Basis von Zweitschriften oder Kopien, diese werden nicht zurückgesandt. Bitte reichen Sie keine Originalbelege ein. Bitte die Belege weder klammern noch heften.

Anspruch auf Beihilfe besteht, wenn der Antrag innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen bzw. nach Ausstellen der Rechnung gestellt wird.

Beihilfe wird gezahlt, wenn die geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200 Euro betragen. Bei drohender Verjährung oder zur Vermeidung unbilliger Härten können Ausnahmen zugelassen werden.

Wenn Sie erstmals Beihilfe beantragen oder sich Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnisse ergeben haben, melden Sie uns dies bitte mit dem Formular „Änderungen in den persönlichen Verhältnissen bzw. Erstantrag auf Beihilfe“.

Belege	Euro, Cent
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	

Summe

Bei den beantragten Leistungen handelt es sich ausschließlich um Pflegeleistungen.

Ja

Der Bescheid soll **ausnahmsweise** an folgende Person gesandt werden (Ehe-/Lebenspartner*in, bevollmächtigte Person, Kind).

Name, Vorname

Straße

Eine dauerhafte Bevollmächtigung oder Adressänderung melden Sie uns bitte extra.

PLZ, Ort

Die Zahlung soll **ausnahmsweise** an folgende Bankverbindung erfolgen.

Kontoinhaber*in

Eine dauerhafte Änderung Ihrer Bankverbindung melden Sie uns bitte extra.

BIC

IBAN

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Die beantragten Leistungen sind Folge eines Unfalls, einer Verletzung oder eines anderen schädigenden Ereignisses.

Ja

Nummer (Belege)

Bitte eine kurze Schilderung des Verletzungshergangs beifügen. Sollte es sich um einen Dienst-/Schulunfall handeln, reichen Sie bitte entsprechende Belege immer zuerst bei der Unfallkasse bzw. der gesetzlichen Unfallversicherung ein.

Es gibt Änderungen in meinen persönlichen Verhältnissen, die ich der Beihilfefestsetzungsstelle bisher nicht gemeldet habe.

Ja

Diese Veränderungen betreffen:

Mich

Dies sind bspw. Änderungen des Krankenversicherungsschutzes (z.B. Tarifwechsel), Änderungen in den familiären Verhältnissen, Änderungen des Familienzuschlages (z. B. Wegfall), verändertes Einkommen des/der Ehe-/Lebenspartner*in, die Versetzung in den Ruhestand. Das Änderungsformular erhalten Sie u.a. auf www.beihilfedienste.de.

Ehe-/Lebenspartner*in, Kind

(Vorname Name)

Das Änderungsformular habe ich dem Antrag beigefügt.

Ja

Es wird in diesem Kalenderjahr erstmals Beihilfe für mein*en Ehe-/Lebenspartner*in, beantragt.

Ja

Bitte fügen Sie den Einkommenssteuerbescheid des 2. Kalenderjahres vor Beantragung der Leistung bzw. eine Erklärung darüber bei, dass der Gesamtbetrag der Einkünfte des/der Ehe-/Lebenspartner*in, im laufenden Kalenderjahr die Grenze von 20.000 Euro nicht überschreiten wird.

Besteht für die beantragte Beihilfe ein weiterer Beihilfeanspruch gegenüber einem anderen Beihilfeträger, ist der Bescheid der Beihilfefestsetzungsstelle beizufügen. Leistungen anderer Kostenträger (z. B. gesetzliche oder private Krankenversicherung) müssen nachgewiesen werden. Nicht relevante Daten können unkenntlich gemacht werden.

Ort, Datum

Unterschrift beihilfeberechtigte Person bzw. bevollmächtigte Person