

Antrag auf Bescheinigung des Bemessungssatzes (§15 HBeihVO)

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Antragsteller/in

Name, Vorname

Personalnummer

Dienststelle

Dienststellennummer

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Anschrift

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Bankverbindung

BIC

IBAN

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

Beschäftigungsverhältnis

TT.MM.JJJJ

Beamterin/Beamter seit

Versorgungsempfänger/Versorgungsempfängerin seit

Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst seit

Familienstand

ledig

verheiratet

verwitwet

geschieden

seit

eingetragene Lebenspartnerschaft

seit

Ehegatte (Name, Vorname)

Berücksichtigungsfähige Angehörige

Sind oder waren Sie, Ihr Ehegatte bzw. der andere Elternteil oder berücksichtigungsfähige Kinder in den letzten zwölf Monaten vor der Antragstellung

- nicht erwerbstätig
- berufstätig, in (Hoch-)Schul-Berufsausbildung
- freiwilligen Wehrdienst/Freiwilliges soziales Jahr leistend
- arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld oder -hilfe
- in Elternzeit
- Empfänger/in von Versorgungsbezügen oder Renten
- beschäftigt im öffentlichen Dienst

Ja, und zwar folgende Personen:

(bitte auch beantworten, wenn künftig keine Aufwendungen für die Person geltend gemacht werden)

Zum Ausfüllen der Spalte **"B"** siehe Anmerkung auf Seite 2

Name, Vorname

B

von

-

bis

TT.MM.JJJJ

-

TT.MM.JJJJ

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

Krankenversicherungsschutz

versicherte Person

Name, Vorname

Geburtsdatum
TT.MM.JJJJ

Person 1	Antragsteller/in		
Person 2	Ehegatte bzw. anderer Elternteil		
Person 3	Kind		
Person 4	Kind		
Person 5	Kind		

Name der Krankenversicherung

privat
vers.
freiwillig
gesetzl.
vers.
pflicht
vers.
familien
vers. bei
1 oder 2
rentnerkran-
kenversichert
-KVdR-
nicht
vers.
student.
pflichtv.

Person 1	<input type="checkbox"/>						
Person 2	<input type="checkbox"/>						
Person 3	<input type="checkbox"/>						
Person 4	<input type="checkbox"/>						
Person 5	<input type="checkbox"/>						

Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

(z. B. aus Arbeitsvertrag, von BfA oder LVA, aus Dienstordnungsverhältnis)

Erhalten Sie und / oder Ihr Ehegatte / Ihre Ehegattin / Ihre

Kinder einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag?

Ja Nein

Name, Vorname

Zuschuss in Euro

€

Nachweis liegt bei Nachweis liegt vor

Name, Vorname

Zuschuss in Euro

€

Nachweis liegt bei Nachweis liegt vor

Angaben zu dem Gesamtbetrag der Einkünfte der Ehegattin/des Ehegatten

Erhielt Ihre Ehegattin / Ihr Ehegatte im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG)

Ja Nein

Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte Ihrer Ehegattin / Ihres Ehegatten im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung das Zweifache des steuerlichen Grundfreibetrages nach § 32 a Abs. 1 EStG ?

Ja Nein

Wird diese Einkunftsgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten?

Ja Nein

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit der obigen Angaben.

Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind.

Datum, Unterschrift

Bitte verwenden Sie folgende Abkürzungen :

- Nicht erwerbstätig =
- Schulausbildung =
- Elternzeit =
- Rentenbezieher/in =
- Berufstätig =

NE
SB
EZ
RE
BT

- Beschäftigt im öffentlichen Dienst =
- Hochschulausbildung =
- Versorgungsempfänger/in =
- arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld oder -hilfe =
- Wehrdienst/freiwilliges soziales Jahr =

öD
HS
VE
AL
WD/FSJ