

Ergänzungsblatt

Das Ergänzungsblatt ist nur beizufügen bei(m):

1. Erstantrag (bitte vollständig ausfüllen)
2. Änderungen Ihrer persönlichen Angaben (bitte nur die jeweiligen Änderungen eintragen)

Personalnummer/Aktenzeichen	Geburtsdatum
Name	Vorname
Tel. dienstlich	Tel. privat

1. Allgemeine Angaben zum / zur Beihilfeberechtigten

Privatanschrift

Straße	Nr.	PLZ	Wohnort
--------	-----	-----	---------

Bankverbindung (nicht für Landesbedienstete)

BLZ	Bankname	Kontonummer	Kontoinhaber
-----	----------	-------------	--------------

2. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

beschäftigt seit bei Teilzeitbeschäftigung:

beschäftigt mit von Wochenstunden

als Beamter/Beamtin Angestellte(r) / Arbeiter(in)

bei Dienststelle (Bezeichnung, Anschrift)

Die Beschäftigung wurde im letzten und laufenden Kalenderjahr unterbrochen

von bis

ausgeschieden seit

3. Angaben zum Familienstand, dem Ehegatten, dem Kind / den Kindern

a) ledig verheiratet eingetragene Lebenspartnerschaft geschieden verwitwet seit

b) Name Vorname Geburtsdatum
Ehepartner

Berücksichtigungsfähig

c) Name Vorname Geburtsdatum von - bis auch bei
Kind
Kind

bei weiteren Kindern bitte weiteres Ergänzungsblatt verwenden

4. Anspruchskonkurrenz / Weitere Ansprüche (auch die des Ehegatten, des Kindesvaters / der Kindesmutter, der Kinder)

a) Ist Ihr Ehegatte (auch der geschiedene) im öffentlichen Dienst beschäftigt? ja nein

b) Ist der Kindesvater / die Kindesmutter eines unter Nr. 3c) genannten Kindes im öffentlichen Dienst beschäftigt? ja nein

c) Bestehen neben Ihrem hier geltend gemachten Beihilfeanspruch weitere Beihilfeansprüche, Ansprüche auf Heilfürsorge oder Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)?
Wenn ja, bitte Nachweis(e) beifügen!

Person	Anspruch	Zahlende Stelle
Person	Anspruch	Zahlende Stelle

5. Angaben zum Versicherungsschutz

a) Versichert bei einem **privaten** Versicherungsunternehmen Nachweis liegt bei liegt bereits vor!

	Ambulant	Stationär	Zahnbehandlung	Zahnersatz	Festkostentarif	Standard-/Basistarif	Seit
Berechtigter	%	%	%	%		<input type="checkbox"/>	
Ehegatte	%	%	%	%		<input type="checkbox"/>	
Kind	%	%	%	%		<input type="checkbox"/>	
Kind	%	%	%	%		<input type="checkbox"/>	

b) Versichert bei einer gesetzlichen Krankenkasse, Ersatzkasse oder Knappschaft

	Pflicht-versichert	Freiwillig versichert	Familien-versichert	Private Zusatzversicherung	Seit
Person					
Person					
Person					

c) Sonstiger Versicherungsschutz

	Heil-fürsorge	BVG Anspruch nach § 10 Abs.	Nicht versichert	Seit
Person				
Person				
Person				

6. Betreuer / Bevollmächtigter

Betreuer Bevollmächtigter Nachweis liegt bei liegt bereits vor!

Name	Vorname
------	---------

Straße	Nr.	PLZ	Wohnort
--------	-----	-----	---------

Folgende Angabe ist nur erforderlich, wenn die Beihilfe auf das Konto des Betreuers/Bevollmächtigten gezahlt werden soll!

BLZ	Bankname	Kontonummer	Kontoinhaber
-----	----------	-------------	--------------

7. Brillen / Kontaktlinsen (unabhängig von der Antragstellung)

Erklärung:
Für die Abrechnung von Sehhilfen sind nach den Beihilfavorschriften auch medizinische Daten früherer Brillen/Kontaktlinsen heranzuziehen.
Ich bin deshalb damit einverstanden, dass die entsprechenden medizinischen Befunde (Refraktionswerte und Indikationen für besondere Mehraufwendungen) dauerhaft – bis auf Widerruf – gespeichert werden.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

8. Unterschrift

Ich versichere nach bestem Wissen **die Vollständigkeit und Richtigkeit** meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für eine Beihilfegewährung sind.

Datum	Unterschrift
-------	--------------