

Beihilfeberechtigter Name, Vorname, ggf. Geburtsname			Personal-Nr.: BF	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Telefon dienstlich (Angabe freigestellt)	Telefon privat (Angabe freigestellt)	Derzeitiger oder früherer Dienstherr/Arbeitgeber								
Anschrift des Beihilfeberechtigten (Straße, Nr., Postleitzahl, Wohnort)						E-Mail-Adresse (Angabe freigestellt)					

**Kommunaler Versorgungsverband
Sachsen
Postfach 16 01 17
01287 Dresden**

Antrag auf Gewährung einer Beihilfe

Angaben in den grün markierten Bereichen sind nur bei erstmaliger Antragstellung und bei Änderungen erforderlich; Angaben in den weißen Bereichen sind immer erforderlich.

Wir senden keine Belege zurück. Bitte legen Sie daher nur Kopien bei. Sie können Beihilfe auch mit unserer Beihilfe-App beantragen oder Ihren Antrag per De-Mail übermitteln.

Aktuelle Informationen erhalten Sie als Newsletter unter www.kv-sachsen.de

1 Bankverbindung des Beihilfeberechtigten oder Bevollmächtigten
IBAN <input type="text"/>
BIC <input type="text"/>
2 Angaben zur Beschäftigung / Versorgung
<input type="checkbox"/> Beamter auf Zeit / auf Probe / auf Lebenszeit <input type="checkbox"/> Beamter auf Widerruf <input type="checkbox"/> Dienstvertragsinhaber <input type="checkbox"/> Tarifvertrag <input type="checkbox"/> sonstige Regelung: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Auszubildender <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger seit <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Dienstordnung <input type="text"/>
Beginn der Beschäftigung beim derzeitigen Dienstherrn/Arbeitgeber am <input type="text"/> ggf. Ende <input type="text"/>
Sind Sie derzeit oder waren Sie in den letzten beiden Jahren vor Stellung des Beihilfeantrags teilzeitbeschäftigt?
<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja, vom <input type="text"/> bis <input type="text"/> mit <input type="text"/> Wochenstunden bei <input type="text"/> Stunden wöchentlicher Regelarbeitszeit
<input type="checkbox"/> Altersteilzeit vom <input type="text"/> bis <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Elternzeit vom <input type="text"/> bis <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ohne Bezüge beurlaubt vom <input type="text"/> bis <input type="text"/> Grund <input type="text"/>
Haben Sie während dieser Zeit Anspruch auf Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 10 SGB V)?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3 Angaben zum Familienstand
<input type="checkbox"/> verheiratet seit <input type="text"/> <input type="checkbox"/> verwitwet seit <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft seit <input type="text"/> <input type="checkbox"/> rechtskräftig geschieden seit <input type="text"/>
4 Angaben zum Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartner
Vorname <input type="text"/> Name (falls abweichend vom Namen des Beihilfeberechtigten) <input type="text"/> Geburtsdatum <input type="text"/>
Hat der Ehegatte bzw. eingetragene Lebenspartner eine eigene Beihilfeberechtigung (z. B. aufgrund beamtenrechtlicher Versorgung, eines Abgeordnetenverhältnisses, einer Beschäftigung im öffentlichen oder kirchlichen Dienst als Beamter/Richter oder Arbeitnehmer oder aufgrund einer sonstigen Beschäftigung)?
<input type="checkbox"/> ja, bei: <input type="text"/> seit <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein
Bei einer Teilzeitbeschäftigung bitte Beschäftigungsumfang angeben:
mit <input type="text"/> Wochenstunden bei <input type="text"/> Stunden wöchentlicher Regelarbeitszeit



5 Für welche Kinder erhalten Sie Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz bzw. dem Bundeskindergeldgesetz oder erhalten das Kindergeld nur deshalb nicht, da eine andere berechnigte Person das Kindergeld erhält oder Sie eine dem Kindergeld vorrangige Leistung erhalten?

	Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum	Beginn	Eigene Beihilfeberechtigung ¹⁾	
1. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Hat auch eine andere Person für ein Kind einen Beihilfeanspruch?

ja, Kind: bei nein

(falls ja, bitte Originalbelege für das Kind vorlegen)

1) Eine eigene Beihilfeberechtigung kann aufgrund beamtenrechtlicher Versorgung, eines Abgeordnetenverhältnisses, einer Beschäftigung im öffentlichen oder kirchlichen Dienst als Beamter/Richter oder Arbeitnehmer oder aufgrund einer sonstigen Beschäftigung bestehen.

6 Angaben zum Krankenversicherungsschutz

Personen	Kurzbezeichnung der Krankenversicherung oder der Krankenkasse	Bei privater Versicherung ¹⁾				Freie Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung ³⁾	Bei einer gesetzlichen Krankenkasse			Versicherungsschutz besteht seit:
		Prozenttarife		Zusatztarif ²⁾	pflichtversichert		freiwillig versichert	familienversichert		
		ambulant %	stationär %			Zahnkost. %				
Beihilfeberechtigter	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Ehegatte/eingetragener Lebenspartner	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
1. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
2. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
3. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
4. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
5. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

1) Umfang des Versicherungsschutzes angeben (beim Erstantrag und bei Änderungen bitte Nachweise beifügen).

2) Hierunter fallen z. B. Ausland-(Reise)versicherungen, Ergänzungstarife für Zahn- und ambulante Kosten, Wahlleistungen im Krankenhaus o.ä., nicht aber Tagesgeldversicherungen (Pflegefalltagegeldversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung, Krankentagegeldversicherung).

3) Ein Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung kann z. B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienstvertraglicher Regelungen bestehen (bitte Nachweis beifügen).

7 Erhalten Sie einen Zuschuss zu den Kosten bei Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen nach § 21 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Sächsischen Landtages (Abgeordnetengesetz)?

ja, bei: seit nein



8	Werden Aufwendungen für den Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartner geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Übersteigt dessen Gesamtbetrag der jährlichen Einkünfte (vgl. Einkommensteuerbescheid) oder vergleichbare ausländische Einkünfte <u>im Durchschnitt der drei Kalenderjahre vor Entstehen der Aufwendungen</u> 18.000 €? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte die Nachweise für evtl. Anforderungen aufbewahren.								
9	Werden Aufwendungen für ein Kind über 18 Jahre geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Vorname des Kindes (ggf. abweichender Familienname)</th> <th style="width: 60%;">Bestand zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen ein Kindergeldanspruch?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">1. Kind</td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte die Nachweise für evtl. Anforderungen aufbewahren. </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2. Kind</td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte die Nachweise für evtl. Anforderungen aufbewahren. </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3. Kind</td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte die Nachweise für evtl. Anforderungen aufbewahren. </td> </tr> </tbody> </table>	Vorname des Kindes (ggf. abweichender Familienname)	Bestand zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen ein Kindergeldanspruch?	1. Kind	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte die Nachweise für evtl. Anforderungen aufbewahren.	2. Kind	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte die Nachweise für evtl. Anforderungen aufbewahren.	3. Kind	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte die Nachweise für evtl. Anforderungen aufbewahren.
Vorname des Kindes (ggf. abweichender Familienname)	Bestand zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen ein Kindergeldanspruch?								
1. Kind	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte die Nachweise für evtl. Anforderungen aufbewahren.								
2. Kind	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte die Nachweise für evtl. Anforderungen aufbewahren.								
3. Kind	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte die Nachweise für evtl. Anforderungen aufbewahren.								
10	Werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder auf Dauer eingestellt worden sind? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja , um welche Aufwendungen handelt es sich? Beleg-Nr(n). _____								
11	Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen oder für die Tätigkeit eines von ihm abhängig beschäftigten Mitarbeiters (der nicht selbst liquidationsberechtigt ist) bei einer Heilbehandlung geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nahe Angehörige sind: Ehegatte, Lebenspartner, Kinder und Eltern der behandelten Person. Wenn ja , um welche Aufwendungen handelt es sich? Beleg-Nr(n). _____								
12	Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder anderen schädigenden Ereignis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja , Datum des Ereignisses: _____ Es handelt sich um ein(en) _____ <input type="checkbox"/> Unfall im Zusammenhang mit Kindergarten- oder Schulbesuch, Studium <input type="checkbox"/> Dienstunfall/Arbeitsunfall (Originalbelege beifügen) <input type="checkbox"/> Unfall im privaten Bereich <input type="checkbox"/> anderes schädigendes Ereignis (z. B. tätlicher Angriff, selbstverschuldete Verletzung) Um welche Aufwendungen handelt es sich? Beleg-Nr(n). _____ Wurden in Voranträgen bereits damit zusammenhängende Aufwendungen geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Besteht für diese Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja , geben Sie bitte Name, Anschrift und Aktenzeichen des Ersatzpflichtigen/ Kostenträgers und ggf. die ermittelnde Polizeidienststelle an: _____ Bei erstmaliger Geltendmachung geben Sie bitte eine aussagekräftige (Unfall-)Schilderung an: (ggf. Kopie der (Unfall-)Schilderung für Ihre Krankenkasse/-versicherung) _____ _____								

Angaben und Unterlagen zu Beihilfen in Sonderfällen

13	In Geburtsfällen: Ich beantrage die Pauschale für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung. <input type="checkbox"/> ja, Geb.-Datum: _____ Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, steht der Betrag nur einmal zu. Name des Kindes: _____
14	Bei Aufwendungen für dauernde Pflege bitte die Anlage "Pflege" beifügen. Den Vordruck finden Sie im Downloadbereich auf der Internetseite www.kv-sachsen.de oder erhalten ihn auf Anforderung übersandt.
15	Im Todesfall des Beihilfeberechtigten: Für die bis zum Tode des Beihilfeberechtigten für ihn und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen entstandenen krankheitsbedingten Aufwendungen wird Beihilfe nur gegen Vorlage der Originalbelege gewährt.



