

Beihilfeberechtigte/r	
Personalnummer	Anlage zum Beihilfeantrag vom
Name, Vorname	Geburtsdatum

Bitte immer beifügen bei erstmaliger Antragstellung, bei **Änderungen der persönlichen Daten** und bei Beihilfeberechtigten, für die das DLZP SH das Gehalt nicht anweist (Amtshilfefälle). Bei Änderungen bitte **nur die neuen Daten eintragen**.

## Beiblatt Persönliche Daten

Zutreffendes bitte ankreuzen


<b>1 Anschrift</b> → nur bei Amtshilfefällen oder aus besonderem Grund → bitte Ausfüllhinweise beachten
Straße, Hausnummer (bei Amtshilfefällen auch Dienststelle)
Postleitzahl, Ort



<b>2 Status</b> → bitte Ausfüllhinweise beachten
im Landesdienst seit
vollbeschäftigt      teilzeitbeschäftigt      seit      Wochenstunden
Versorgungsempfänger/in      seit
Entpflichtete/r Hochschullehrer/in      seit
Beamtin/er auf Widerruf      seit      im öffentlichen Dienst seit
Dienst-/Arbeitsverhältnis befristet      von      bis
ohne Bezüge freigestellt      bis zu einem Monat      länger als einen Monat
ohne Bezüge beurlaubt      von      bis
mit Beihilfeanspruch      ohne Beihilfeanspruch



<b>3 Ehe- bzw. eingetragene/r Lebenspartner/in</b> → nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für diese/n geltend gemacht werden sollen
Name, Vorname      Geburtsdatum
verheiratet bzw. eingetragen seit      geschieden bzw. aufgehoben seit      verwitwet bzw. Partner/in verstorben seit

<b>4 Kinder</b>
Haben Sie mindestens zwei Kinder, die im Familienzuschlag eines der Elternteile anspruchsberechtigt sind?      ja ↓      nein
Wer soll den höheren Bemessungssatz aufgrund der Kinder erhalten? Antragsteller/in      andere/r Beihilfeberechtigte/r der berücksichtigungsfähigen gemeinsamen Kinder
Unterschrift der/des anderen Beihilfeberechtigten 
→ nur bei Amtshilfefällen für alle im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder auszufüllen
Name, Vorname des Kindes      Geburtsdatum      berücksichtigt bei Beihilfeberechtigte/r      anderer Elternteil      von      bis
→ nur bei Amtshilfefällen: Nachweis für den Familienzuschlag      ist beigefügt      liegt bereits vor





5 Kranken- und Pflegeversicherungsschutz										→ bitte Ausfüllhinweise beachten
	Private Krankenversicherung			Gesetzliche Krankenversicherung				Zusatzversicherung	versichert seit	nicht versichert
	ambulant %	stationär %	Zahn %	pfllicht-versichert	freiwillig versichert	versichert bei				
						Beihilferechtigte/r	Ehe-/Lebenspartner/in			
Beihilferechtigte/r										
Ehe- bzw. Lebenspartner/in										
Name Kind										
Name Kind										
Name Kind										
Name Kind										
→ Nachweise						sind beigefügt		liegen bereits vor		

6 Sonstige Beihilfeberechtigung		
Haben Sie oder Ihre Angehörigen (Ehe- bzw. Lebenspartner/in, Eltern und Kinder) eine sonstige eigene Beihilfeberechtigung?		ja ↓      nein
	seit	Name Berechtigte/r
aufgrund einer beamtenrechtlichen Versorgung		
aufgrund eines Dienstverhältnisses im öffentlichen Dienst als Beamtin/Beamter		
aufgrund eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses		
aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses		
Befindet sich die/der Berechtigte ebenfalls im Landesdienst?		ja ↓      nein
Personalnummer		

7 Weitere Ansprüche		
Haben Sie oder Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen weitere Ansprüche?		ja ↓      nein
	seit	Name Berechtigte/r
Heilfürsorge nach Beamten- oder Soldatenrecht		
Krankenhilfe nach Bundesversorgungs-, Lastenausgleichs-, Bundesentschädigungs-, Entwicklungshelfergesetz		
Krankenfürsorge nach dienst- oder arbeitsvertraglichen Regelungen		

8 Zuschuss zu Versicherungsbeiträgen bei freiwillig gesetzlich Versicherten		
Erhalten Sie oder ein/e berücksichtigungsfähige/r Angehörige/r einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen vom Rentenversicherungsträger?		ja ↓      nein
Höhe monatlicher Zuschuss	seit	Name Berechtigte/r
→ Rentenbescheid		ist beigefügt      liegt bereits vor

9 Todesfall
Die/Der Beihilferechtigte ist verstorben am