

Zusammenstellung der Aufwendungen (höchstens 40 Belege)
 Wenn Aufwendungen für mehrere Personen geltend gemacht werden, bitte die Belege nach Personen geordnet eintragen: Antragstellerin/Antragsteller, Ehegattin/Ehegatte, Lebenspartnerin/Lebenspartner, Kinder

Bitte keine Originale sondern gut lesbare Duplikate, Zweitschriften oder Fotokopien einreichen.
 Originale nur auf ausdrückliches Verlangen oder in Todesfällen vorlegen.

Krankheitsbedingte Aufwendungen

(bitte Rechnungen und Rezepte einzeln eintragen)

B e l e g N r.	Bezeichnung der/des Erkrankten A = Antragsteller/in E = Ehegatte/in L = Lebenspartner/in Bei Kindern Vorname	Datum der Rechnung, Kaufdatum der Arznei	Art der Leistung (z.B. ärztl./zahnärztl. Behandlung, Arzneimittel, Hilfsmittel, Stationäre Behandlung, Sanatorium, Heilkur, Fahrkosten)	Rechnungs- betrag		B e l e g N r.	Bezeichnung der/des Erkrankten A = Antragsteller/in E = Ehegatte/in L = Lebenspartner/in Bei Kindern Vorname	Datum der Rechnung, Kaufdatum der Arznei	Art der Leistung (z.B. ärztl./zahnärztl. Behandlung, Arzneimittel, Hilfsmittel, Stationäre Behandlung, Sanatorium, Heilkur, Fahrkosten)	Rechnungs- betrag	
				Euro	Cent					Euro	Cent
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
									Übertrag		
			Übertrag				Zwischensumme 1				

6	Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt oder werden solche Renten bereits gezahlt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ↓			
	bei	Antragsdatum	Ist der Antrag abgelehnt worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> noch nicht entschieden	
	für (Vorname(n), Familienname)		Rentenhöhe:	
7	Haben Sie oder Ihre Angehörigen eine sonstige eigene Beihilfeberechtigung? <input type="checkbox"/> nein			
	<input type="checkbox"/> Ja, aufgrund einer beamtenrechtlichen Versorgung	wer:		
	<input type="checkbox"/> Ja, aufgrund eines Dienstverhältnisses im öffentlichen Dienst als Beamtin/Beamter	wer:		
	<input type="checkbox"/> Ja, aufgrund eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses	wer:		
	<input type="checkbox"/> Ja, aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses	wer:		
gegenüber wem:		seit:		
8	Sind Angehörige bei einer/einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ↓			
	Wer?			
	Bei wem (z. B. Dienstherr, Arbeitgeber usw.)?			
9	Familienstandsbezogene Angaben			
	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig	verheiratet seit / Lebenspartnerschaft seit	geschieden oder verwitwet seit / Lebenspartnerschaft aufgehoben seit	Name(n) der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners
	Ist die Ehegattin/der Ehegatte (auch die/der geschiedene/getrennt lebende) bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner (auch die/der getrennt lebende oder bei aufgehobener Lebenspartnerschaft) beziehungsweise die Mutter/der Vater berücksichtigungsfähiger gemeinsamer Kinder selbst beihilfeberechtigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bei wem?			Geburtsdatum
	Wer soll den höheren Bemessungssatz erhalten (§6 Abs. 1 Satz 3 BhVO)? <input type="checkbox"/> Antragstellerin/Antragsteller <input type="checkbox"/> andere(r) Beihilfeberechtigte(r) der berücksichtigungsfähigen gemeinsamen Kinder			Personalnummer wenn beim FVA? Unterschrift des anderen Beihilfeberechtigten

↓ **Bitte nachfolgende Fragen bei jeder Antragstellung beachten** ↓

10	Immer ausfüllen, wenn Aufwendungen für die Ehegattin / den Ehegatten, die Lebenspartnerin / den Lebenspartner geltend gemacht werden	Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartners im Vorvorkalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags den Betrag von 18.000 €? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
		Nur beantworten, wenn die 1. Frage mit ja beantwortet wurde. Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich übersteigen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
11	Immer ausfüllen bei Verletzungen, Unfällen oder anderen schädigenden Ereignissen	Die verletzungs- / unfallbedingten Aufwendungen sind entstanden durch		
		<input type="checkbox"/> ein Ereignis im privaten Bereich	<input type="checkbox"/> einen Dienstunfall (Rechnungen sind mit dem Vordruck „Antrag auf Erstattung von Aufwendungen im Rahmen der Dienstunfallfürsorge“ bei der Dienststelle einzureichen und nicht direkt bei der Beihilfestelle)	<input type="checkbox"/> eine Berufskrankheit
		<input type="checkbox"/> einen Schulunfall	<input type="checkbox"/> einen Kindergartenunfall	<input type="checkbox"/> ein anderes schädigendes Ereignis
		Besteht für die verletzungs- / unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung (z. B. auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, beamtenrechtlichen Unfallfürsorge oder nach dem Opferentschädigungsgesetz)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
		<input type="checkbox"/> Verletzung / Unfall wurde durch Eigenverschulden verursacht => Bitte Sachverhalt / Hergang auf neutralem Papier kurz darlegen! <input type="checkbox"/> Verletzung / Unfall wurde durch Dritte verursacht => Bitte Unfallvordruck vom Finanzverwaltungsamt anfordern bzw. aus dem Internet (www.schleswig-holstein.de) herunterladen und diesem Antrag ausgefüllt beilegen! Enthalten Rezepte bzw. Rechnungen nur teilweise unfallbedingte Aufwendungen, dann sind die betroffenen Positionen entsprechend zu kennzeichnen.		
Datum der Verletzung / des Unfalls:		Unfallvordruck Finanzverwaltungsamt <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> liegt bereits vor	Betroffen sind die Belege Nr. :	
12	Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für die Behandlung durch einen nahen Angehörigen (z.B als Arzt) geltend gemacht werden.	Um welche Aufwendungen handelt es sich? - Beleg Nr. (Als nahe Angehörige gelten: Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person)		
13	Nur ausfüllen, wenn die private Versicherung individuelle Leistungsausschlüsse enthält.	Die nachstehend angegebenen Belege enthalten Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder auf Dauer eingestellt worden sind. Beleg Nr.: _____ Bitte Nachweis über Ausschluss beifügen (Vers.-Scheine o. Ä.)		
14	Nur ausfüllen in Todesfällen	Name der/des Verstorbenen:	Todestag:	
15	Nur ausfüllen, wenn Sie einen Abschlag erhalten haben	Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten in Höhe von €:	Bescheid vom:	

16	Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Beihilfebewilligung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Nachlässe auf die Kosten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe. Mir ist auch bekannt, dass ich verpflichtet bin, die Beihilfe für meine Ehegattin/meinen Ehegatten bzw. meine Lebenspartnerin/meinen Lebenspartner zurück-zuzahlen, falls die Angaben über die Höhe ihrer/seiner Einkünfte unzutreffend sind oder durch die nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (nach Festsetzung des Finanzamtes) unzutreffend werden. Mir ist weiter bekannt, dass ich im Falle bewusst unrichtiger oder unvollständiger Angaben sowie Verfälschung von Belegen strafrechtlich und disziplinarrechtlich verfolgt werde. Arbeitnehmer haben mit einer Kündigung zu rechnen. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.	
	Ort, Datum:	Unterschrift:

Bitte den oberen Bereich auf Seite 1 vollständig ausfüllen und sämtliche Rezepte / Rechnungen auf Seite 2 / 3 eintragen !