

Antrag auf Beihilfe für Tarifbeschäftigte durch

Name, Vorname, Amts-/Dienstbezeichnung	Datum
Anschrift (Straße, Platz, Haus-Nr., PLZ und Ort)	Telefon (privat/dienstlich)
Dienststelle (bei aktiven Dienstkräften)	Geburtsdatum

**An die
Landeshauptstadt München
Personal- und Organisationsreferat
POR-3/22 SC Beihilfe
80313 München**

Beihilfenummer	
▶	◀
Ohne diese Angaben kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden!	
Gesamtsumme	Anzahl der Belege

Allgemeine Hinweise: Bitte beachten Sie welche Unterlagen für die Bearbeitung benötigt werden. Sollten diese nicht vorliegen, kann die Bearbeitung nicht fortgesetzt werden.

- Von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung ist bei **Zahnarztbelegen der Festzuschuss mit Bonus der Krankenkasse** vorzulegen.
- Wenn eine Zusatzversicherung abgeschlossen wurde, ist deren Erstattungsmitteilung vorzulegen.
- Bei **privat versicherten** Personen mit Selbstbehaltstarifen bzw. die den Krankenkassenzuschuss des Arbeitgebers erhalten, wird die **Erstattungsmitteilung der privaten Kasse** zwingend benötigt.
- **Bei Mitarbeiter*innen der SWM-GmbH, der Klinikum GmbH und der MünchenStift GmbH benötigen wir die aktuellen Kindergeldbescheide, eine Kopie des Gehaltsnachweises für den Behandlungszeitraum und einen Nachweis, dass der Dienst Eintritt vor dem 01.01.2001 erfolgt ist.**

POR-3-22-A-401_03-2024

1	<table border="1"> <tr> <td>Beschäftigt seit <input type="checkbox"/></td> <td>Elternzeit (von - bis) <input type="checkbox"/></td> <td>familienpolitische Beurlaubung (von - bis) <input type="checkbox"/></td> <td>sonstige Beurlaubung (von - bis) <input type="checkbox"/></td> <td>Beschäftigung endet am</td> </tr> <tr> <td>teilleistbeschäftigt seit</td> <td>Anzahl Wochenstunden</td> <td>Altersteilzeit seit</td> <td colspan="2">Freistellungsphase seit</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft </td> <td>seit</td> <td>Vorname, Nachname d. Ehegatt*in/Lebenspartner*in</td> <td>Geburtsdatum</td> </tr> </table>	Beschäftigt seit <input type="checkbox"/>	Elternzeit (von - bis) <input type="checkbox"/>	familienpolitische Beurlaubung (von - bis) <input type="checkbox"/>	sonstige Beurlaubung (von - bis) <input type="checkbox"/>	Beschäftigung endet am	teilleistbeschäftigt seit	Anzahl Wochenstunden	Altersteilzeit seit	Freistellungsphase seit		Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft		seit	Vorname, Nachname d. Ehegatt*in/Lebenspartner*in	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> IEhegatte im öffentlichen Dienst <input type="checkbox"/> im Beamtenverhältnis/ in Beamtenversorgung Dienstherr / Arbeitgeber Elternzeit (von - bis)
	Beschäftigt seit <input type="checkbox"/>	Elternzeit (von - bis) <input type="checkbox"/>	familienpolitische Beurlaubung (von - bis) <input type="checkbox"/>	sonstige Beurlaubung (von - bis) <input type="checkbox"/>	Beschäftigung endet am												
	teilleistbeschäftigt seit	Anzahl Wochenstunden	Altersteilzeit seit	Freistellungsphase seit													
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft		seit	Vorname, Nachname d. Ehegatt*in/Lebenspartner*in	Geburtsdatum													
2 Kinder der*des Beihilferechtigten mit Kindergeldanspruch Bitte geben Sie alle Änderungen an Zwingend anzugeben sind Kinder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und im Familienzuschlag berücksichtigt werden. Ihre Angaben sind auch für die Höhe des eigenen Bemessungssatzes maßgeblich.																	
Vorname (ggf. auch Familienname) geboren am Angabe, ob das Kind eine Schule/Universität besucht, in Ausbildung steht, Freiwilligendienst leistet, arbeitslos ist. Bitte genaue Art der Ausbildung z.B. Lehre, Hochschulstudium, Duales Studium etc. angeben																	
1.																	
2.																	
3.																	
<input type="checkbox"/> Wegfall eines Kindes aus dem Familienzuschlag (FZ) (Vorname) ab:																	
<input type="checkbox"/> Wiederaufnahme eines Kindes in den FZ nach Unterbrechung (Vorname) ab:																	
3	Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?																
	Personen <small>weitere Kinder ggf. Beiblatt verwenden</small>	Bei privater Krankenversicherung Krankenkasse	Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung bitte zwingend einen Nachweis über den Umfang beifügen! Zusatztarif (z.B. Zahnersatz, Krankenhaus ohne Krankenhaustagegeld)	Bei gesetzlicher Krankenversicherung <small>(z.B. AOK, Betriebskrankenkasse oder Ersatzkasse) Evtl. Zusatztarife in links nebenstehender Spalte angeben</small>													
				pflicht-versichert	freiwillig-versichert	familien-versichert											
	Antragsteller*in		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	Ehegatt*in *)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	1. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
2. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
3. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

