

Antrag auf Beihilfe 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 |

Bitte beantworten Sie die folgenden Ziffern, soweit sich gegenüber Ihrem letzten Antrag Änderungen ergeben haben. Beachten Sie bitte, dass einige Fragen unter bestimmten Voraussetzungen zwingend zu beantworten sind.

| | | | | | | |
|----------|---|---|---|---|--|--|
| 1 | 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 | |
| | 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 Beihilfeberechtigten 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. | | | | | |
| | <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 weitere Kinder ggf. Beiblatt verwenden | 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 (z.B. AOK, Betriebskrankenkasse oder Ersatzkasse) Evtl. Zusatztarife in links nebenstehender Spalte angeben | | |
| | Antragsteller*in | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> pflicht-versichert | <input type="checkbox"/> freiwillig-versichert | <input type="checkbox"/> familien-versichert |
| | 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"/> |
| 4 | Wurden Aufwendungen durch einen Unfall - jegliche Art von Verletzungen - verursacht? Zwingende Angabe, andernfalls kann keine Bearbeitung erfolgen → ggf. Unfallschilderung beifügen. | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja Unfalldatum: _____ Nummern der Unfallbelege: _____ <input type="checkbox"/> Dienst-/Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Kita-/Schulunfall <input type="checkbox"/> Sportunfall <input type="checkbox"/> häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall Kommt ein Fremdverschulden in Betracht: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Name, Anschrift und ggf. Aktenzeichen der kostentragenden Stelle bzw. des Ersatzpflichtigen: _____ | | | | |
| 5 | Falls Aufwendungen für Angehörige geltend gemacht werden, die bei anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigtungsfähig sind: | | | | | |
| | Wer | Bei wem | | | | |

POR-3-22--A-400_03-2024

| | | | |
|---|---|--|---|
| 6 | Falls Aufwendungen für Ehegatt*in/Lebenspartner*in ¹⁾ geltend gemacht werden, bitte alle Fragen zwingend beantworten: | | |
| ¹⁾ ist selbst beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | ¹⁾ ist berufstätig/selbstständig <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | ¹⁾ bezieht Arbeitslosengeld o.ä. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | |
| Wenn ¹⁾ beihilfeberechtigt, berufstätig oder selbstständig ist, bitte Dienstherr, Arbeitgeber und Berufsbezeichnung angeben: | | | |
| Übersteigen die Einkünfte der*des Ehegatt*in ¹⁾ im vorvergangenem Jahr 20.878,- Euro? | | | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Übersteigen die Einkünfte der*des Ehegatt*in ¹⁾ im laufenden Jahr 20.878,- Euro? | | | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| <small>Zu den Einkünften im Sinne des § 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz (EStG) gehören: Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb, selbstständiger Arbeit, nichtselbstständiger Arbeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung und sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 EStG. Die Summe dieser Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag und den Ausbildungsplatz-Abzugsbetrag, ist der Gesamtbetrag der Einkünfte, Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbstständiger Arbeit sind der Gewinn, bei den anderen Einkunftsarten der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten.</small> | | | |
| 7 | Falls Versorgungsbezüge, Witwen- oder Witwergeld durch eine andere Pensionsfestsetzungsbehörde gewährt werden: | | |
| Wird bezahlt von | | seit | |
| | | | |
| 8 | Falls Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht werden, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind (bitte fügen Sie zwingend Nachweise – Versicherungsschein über Ausschluss – bei): | | |
| Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)? | | Betrag Euro | |
| | | | |
| 9 | Falls Aufwendungen für stationäre Aufenthalte (z.B. Krankenhaus) geltend gemacht werden: | | |
| Ist mit den behandelnden Ärzten eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen geschlossen worden? | | | |
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bitte Kopie der Wahlleistungsvereinbarung beilegen. | | | |
| <small>Die Vorlage der schriftlichen Wahlleistungsvereinbarungen ist Voraussetzung für die Erstattung von Wahlleistungen im Krankenhaus. Bitte legen Sie uns bei der ersten Einreichung einer Rechnung für eine Krankenhausbehandlung daher alle von Ihnen abgeschlossenen Wahlleistungsvereinbarungen vor. Falls Sie keine schriftliche Vereinbarung abgeschlossen haben, geben Sie bitte die Rechnung an den Aussteller zurück. Ohne unterschriebene Vereinbarung ist er nicht berechtigt, Leistungen in Rechnung zu stellen.</small> | | | |
| 10 | Auf die zu erwartende Beihilfe wurden Vorschüsse | | Betrag Euro |
| | <input type="checkbox"/> nicht gewährt | <input type="checkbox"/> gewährt in Höhe | |

Achtung: Beihilfen werden nur gewährt, wenn sie spätestens **bis zum Ablauf von drei Jahren**, gerechnet ab dem Rechnungsdatum bzw. dem Kaufdatum beantragt werden. Maßgebend ist das Eingangsdatum. Wenn sich Ihr **Beihilfebemessungssatz** ändert (z.B. bei Beginn und Ende einer Elternzeit, Geburt eines zweiten Kindes, Wegfall eines Kindes aus dem Familienzuschlag oder Eintritt in den Ruhestand), ist auch der prozentuale Tarif Ihrer privaten Krankenversicherung anzupassen, die Beihilfe benötigt dann zwingend eine Bestätigung der Versicherung. Ohne diese kann der Antrag nicht bearbeitet werden.

Ich versichere nach bestem Wissen die **Vollständigkeit** und **Richtigkeit** meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen auf die Kosten sofort der Beihilfestelle anzuzeigen und berichtigte oder stornierte Rechnungen mit einem entsprechenden Hinweis vorzulegen habe.

Beihilfeunterlagen werden gemäß Art. 110 Abs. 2 Satz 2 Bayer. Beamten-gesetz grundsätzlich nicht zurückgegeben. Ihre Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Europ. Datenschutzgrundverordnung i.V.m. Art. 4 Abs. 1 Bayer. Datenschutzgesetz nach geltendem Beihilferecht erhoben und sind für die Festsetzung der Beihilfe erforderlich.

| | | | | | | | | | |
|---|------------------|--|--|--|--|--|---|--|--|
| Die Beihilfe wird grundsätzlich auf das Bezügekonto überwiesen. (VV Nr. 5 zu § 48 Abs. 7 Bayer. Beihilfeverordnung). Sollte sich seit Ihrem letzten Beihilfeantrag diese Bankverbindung geändert haben, teilen Sie uns bitte unbedingt die neue Bankverbindung mit. Mit der Entgeltabrechnung erfolgt kein automatisierter Datenabgleich , daher sind wir auf diese Angaben angewiesen. | | | | | | | | | |
| Die Beihilfe soll auf folgendes neue Bezugskonto überwiesen werden: | | | | | | | | | |
| IBAN: | Kontoinhaber*in: | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width:100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"> </td> </tr> </table> | | | | | | | <table border="1" style="width:100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> </td> <td style="width: 50%;"> </td> </tr> </table> | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| BIC: | _____ | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width:100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| | |
|---------|--|
| Anlagen | Unterschrift der*des Beihilfeberechtigten oder ^{*)} Bevollmächtigten <small>^{*)} bitte einmalig bei Neuantrag entsprechende Vollmacht beilegen.</small> |
|---------|--|

Ich benötige keine neuen Antragsformulare

| | |
|------------|--|
| FAQ | Kennen Sie bereits unsere Fragen und Antworten zum Thema Beihilfe? Sie finden diese im Internet unter „Geld und Leistungen“ und „Beihilfe“. https://stadt.muenchen.de/infos/personalservice.html#id1 . |
|------------|--|



Vereinfachung des Antragsverfahren der Beihilfe

Aufgrund der eingeführten Digitalisierung verzichten wir ab sofort auf das bisherige Beiblatt „Zusammenstellung der Aufwendungen“.

Bitte verwenden Sie daher nur noch den beiliegenden **neuen Beihilfeantrag**. Unter Ihrer Beihilfenummer geben Sie folgendes an:

- die Anzahl der Belege und
- die Antragssumme.

Zur Beschleunigung der Antragseingänge bzw. -bearbeitung bitten wir auf folgende Punkte unbedingt zu achten:

- Beihilfeanträge **nicht** klammern, heften oder zusätzlich in Klarsichthüllen legen.
- Antragsformular und Belege **nicht** einzeln falten.
- Verwenden Sie ausschließlich **aktuelle** Antragsformulare und versenden diese in **Fensterkuverts**.
- Bitte reichen Sie mit einem Antrag lediglich eine **überschaubare** Anzahl (bis zu 15 Belegen) ein.

Weitere Informationen, auch zur Einführung der Beihilfe-App und Formulare zum Download finden Sie im Internet: <https://stadt.muenchen.de/infos/personalservice.html> unter „Geld und Leistungen“ und „Beihilfe“.

