

Name:  
Vorname:  
Geburtsdatum:

**Geschäftszeichen: 11-035**  
(bitte stets angeben)

Landratsamt Neustadt a.d.Waldnaab  
Beihilfestelle  
Frau Füßl oder Frau Höcht  
Stadtplatz 38  
92660 Neustadt a.d.Waldnaab

## Antrag auf Beihilfe

Bei **erstmaliger Antragstellung** oder auf **Verlangen** der Beihilfestelle ist der Antrag vollständig auszufüllen. In **Folgeanträgen** sind die Fragen 1 - 3, soweit zutreffend, zu beantworten (bitte ausfüllen oder ankreuzen). Ggf. bitte Beiblatt für weitere Angaben verwenden.

**Belege bitte nicht heften, klammern oder aufkleben !**

<b>1</b>	<b>Haben sich Änderungen bei den Fragen 4 – 7 gegenüber Ihrem letzten Antrag ergeben?</b>	nein
	ja, bei Frage(n) <span style="float: right;">(bitte Fragen beantworten)</span>	

<b>2</b>	Sofern Aufwendungen für <b>die Ehegattin/den Ehegatten</b> bzw. <b>die Lebenspartnerin/den Lebenspartner</b> (siehe Hinweis Nr. 2) <b>geltend gemacht werden:</b>	
	Vorname <b>der Ehegattin/des Ehegatten</b> bzw. <b>der Lebenspartnerin/des Lebenspartners</b> (ggf. abweichender Familienname):	
	Hat die o.g. Person eine <b>eigene Beihilfeberechtigung?</b> ja, bei:	nein
	Übersteigen die Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) der o.g. Person - hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen - den Betrag von <b>20.000 €</b> ? Bei Berufstätigkeit bitte erstmalig Frage 5 beantworten! Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind von Brutto-Einnahmen nur die Werbungskosten abzusetzen.	nein
	ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung	nein
	ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr	nein

<b>3</b>	<b>Es wurden Aufwendungen durch einen Unfall verursacht?</b>	nein
	ja, Unfalldatum:	
	<b>Unfallart:</b> Dienstunfall            Arbeitsunfall            Schulunfall            sonstiger Unfall	
<b>Unfallschilderung:</b>		
Belege kennzeichnen und für die Schilderung ein Beiblatt verwenden!		

Eine **Pauschalbeihilfe** für **dauernde häusliche Pflege** durch **andere geeignete Personen** für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ wird beantragt.  
Eine Bestätigung über die Durchführung der Pflege mit Angabe von Unterbrechungszeiten ist beizufügen!

Ich bin damit einverstanden, dass die Beihilfestelle bei gebührenrechtlichen und medizinischen Fragen einen Beratungsarzt bzw. einen Gutachter hinzuziehen und hierzu auch personenbezogene Daten übermitteln kann. Für Rückfragen bei den Behandlern entbinde ich diese von der Schweigepflicht.	ja
---	----

**Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass Preisnachlässe zu den Krankheitsaufwendungen sofort der Beihilfestelle anzuzeigen sind und berichtigte oder stornierte Rechnungen mit einem entsprechenden Hinweis vorzulegen sind.**

Anzahl der Belege:
Summe der Aufwendungen:
<b>Bankverbindung:</b>
IBAN:
ggf. abweichender Kontoinhaber:

Datum	Unterschrift	
Beihilfeberechtigte/ Beihilfeberechtigter	Bevollmächtigte/ Bevollmächtigter	Nachweis liegt vor



## Zusammenstellung der Aufwendungen zum Beihilfeantrag

von Herrn / Frau

Antrag vom

**Beachten Sie bitte folgende Hinweise:**

Die Einträge und Belege bitte nach Personen ordnen. Bei gleichem Vornamen eines Elternteils und Kindes bitte **Belege** mit „**K**“ kennzeichnen.

**A = Antragsteller/-in**

**E=Ehegatte / Ehegattin**

**L=Lebenspartner/-in**

**K=Kind**

Nr.	A, E, L, K	Vorname des Kindes	Rechnungsdatum	Betrag in Euro
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
<b>Gesamtbetrag:</b>				

## Hinweise:

- Für die Beantragung der Beihilfe sind **Zweitschriften oder Kopien** ausreichend.
- Als **Lebenspartner** gelten nach §1 Lebenspartnerschaftsgesetz nur eingetragene Lebenspartner/-innen.
- Bei **Beurlaubung** ist die **Frage 4** und/oder **Frage 5** stets auszufüllen.
- Bei **zusätzlichem Anspruch auf Kostenerstattung** (z. B. Bundesversorgungsgesetz) bitte **Frage 8** beantworten.
- Sofern Aufwendungen für einen **stationären Krankenaufenthalt** geltend gemacht werden, ist die **Entlassungsanzeige** mit der Krankenhausrechnung zwingend vorzulegen – bitte hierzu **Frage 9** beantworten.
- Bei Behandlungen durch einen **nahen Angehörigen** bitte **Frage 10** beantworten.
- Bei Ausschluss oder Einstellung von **Versicherungsleistungen** bitte **Frage 11** beantworten.
- Die Überweisung der Beihilfe erfolgt auf das **angegebene Bankkonto**.

## Datenschutz:

Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren diesbezüglichen Rechten erhalten Sie im Internet unter

<https://www.neustadt.de/beratung-service/formulare/?filter=B>

oder für aktive Bedienstete im Intranet unter „Formulare“

<http://intranet/media/7999/beihilfeantragdatenschutzerklaerung.pdf>

## Antragsformulare:

Unseren Beihilfeantrag erhalten Sie im Internet unter

<https://www.neustadt.de/beratung-service/formulare/?filter=B>

oder für aktive Bedienstete im Intranet unter „Formulare“

<http://intranet/media/7998/beihilfeantrag.pdf>