

Ergänzungsblatt

Das Ergänzungsblatt ist nur beizufügen bei(m):

1. Erstantrag (bitte vollständig ausfüllen)
2. Änderungen Ihrer persönlichen Angaben (bitte nur die jeweiligen Änderungen eintragen).

Eine Änderung der nachfolgenden Daten (Pkt. 1 bis 4) teilen Sie bitte auch Ihrer „gehaltszahlenden“ Stelle mit.

Personalnummer	Geburtsdatum
Name	Vorname
Tel. dienstlich*	Tel. privat*

*freiwillige Angabe

1. Allgemeine Angaben zum / zur Beihilfeberechtigten			
Privatanschrift			
Straße	Nr.	PLZ	Wohnort
Bezügekonto			
BIC	IBAN		
2. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis			
seit (TT.MM.JJJJ)	<input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin	<input type="checkbox"/> Tarifbeschäftigte(r)	<input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger(in)
bei	Dienststelle (Bezeichnung, Anschrift)		
Teilzeitbeschäftigt	von (TT.MM.JJJJ)	bis (TT.MM.JJJJ)	mit Wochenstunden (prozentual oder Bruch)
Unterbrechungszeiten im letzten und laufenden Jahr	von (TT.MM.JJJJ)	bis (TT.MM.JJJJ)	
Grund:	<input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> Urlaub ohne Bezüge <input type="checkbox"/> sonstiger Grund:		
ausgeschieden	seit (TT.MM.JJJJ)		
3. Angaben zum Familienstand, Ehegatten / eingetragenen Lebenspartner, Kind / Kindern			
a)	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft
	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet	seit (TT.MM.JJJJ)
b)	Ehegatte / eingetragener Lebenspartner		
	Vorname	abweichender Nachname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
c)	Kinder Ich beziehe den Familien-, Orts- bzw. Sozialzuschlag (bei Änderung bitte Nachweise beifügen)		
	Vorname (ggf. anderer Nachname)	Geb.-datum	von (TT.MM.JJJJ) bis (TT.MM.JJJJ)
	Vorname (ggf. anderer Nachname)	Geb.-datum	von (TT.MM.JJJJ) bis (TT.MM.JJJJ)
	Vorname (ggf. anderer Nachname)	Geb.-datum	von (TT.MM.JJJJ) bis (TT.MM.JJJJ)
bei weiteren Kindern bitte weiteres Ergänzungsblatt verwenden			
4. Anspruchskonkurrenz / Weitere Ansprüche (auch die des Ehegatten / des eingetragenen Lebenspartners, des Kindesvaters / der Kindesmutter, des Kindes / der Kinder)			
a)	Mein Ehegatte (auch geschiedene) oder eingetragener Lebenspartner ist im öffentlichen oder kirchlichen Dienst beschäftigt: <input type="checkbox"/> ja, als Beamter/Beamtin <input type="checkbox"/> ja, als Tarifbeschäftigte(r) <input type="checkbox"/> nein		
b)	Ist die Kindesmutter/der Kindesvater eines unter Nr. 3c) genannten Kindes ebenfalls im öffentlichen oder kirchlichen Dienst beschäftigt? <input type="checkbox"/> ja, als Beamter/Beamtin <input type="checkbox"/> ja, als Tarifbeschäftigte(r) <input type="checkbox"/> nein		
c)	Bestehen weitere Beihilfeansprüche, Ansprüche auf Heilfürsorge oder Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)? Wenn ja, bitte Nachweis(e) beifügen!		
	Person	Anspruch	Zahlende Stelle
bei Ansprüchen für weitere Personen bitte weiteres Ergänzungsblatt verwenden			

5. Angaben zum Kranken- / Pflegeversicherungsschutz

Bei erster Antragstellung und bei jeder Änderung ist zwingend ein aktueller Versicherungsnachweis mit Angabe des Versicherungsumfangs (z. B. Versicherungsprozente) vorzulegen!

a.) Versichert bei einem privaten Versicherungsunternehmen

Versicherte Person	Normaltarif (Prozenttarif)	Standard- / Basistarif	Festkostentarif	Zusatztarif ¹⁾	Seit (TT.MM.JJJJ)
Berechtigter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ehegatte / eingetragener Lebenspartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kind:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kind:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kind:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

b.) Versichert bei einer gesetzlichen Krankenkasse, Ersatzkasse oder Knappschaft und sonstiger Versicherungsschutz

Versicherte Person	Pflicht-versichert	Freiwillig versichert	Familierversichert über folgende Person	Heilfürsorge	Anspruch § 10 BVG	Zusatztarif ¹⁾	Seit (TT.MM.JJJJ)
Berechtigter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ehegatte / eingetragener Lebenspartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kind:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kind:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kind:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- 1) Hierunter fallen z.B. private Pflegekostenversicherungen, Ergänzungstarife für Zahn- und ambulante Kosten sowie Auslandsreiseversicherungen o.ä.. Nicht anzugeben sind Tagegeldversicherungen (Krankentagegeldversicherungen, Krankenhaustagegeldversicherungen u. Pflegetagegeldversicherungen).

c.) Sonstige Absicherung im Krankheitsfall

Person	Erläuterung der Absicherung (Bitte Nachweis beifügen!)	Seit (TT.MM.JJJJ)

6. Betreuer / Bevollmächtigter

Betreuer Bevollmächtigter Nachweis liegt bei liegt bereits vor

Name Vorname

Straße Nr. PLZ Wohnort

Folgende Angabe ist nur erforderlich, wenn die Beihilfe auf das Konto des Betreuers/Bevollmächtigten gezahlt werden soll.

BIC IBAN

7. Unterschrift

Ich versichere nach bestem Wissen **die Vollständigkeit und Richtigkeit** meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für eine Beihilfegewährung sind.

Datum (TT.MM.JJJJ) Unterschrift