

# 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	<input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin	<input type="checkbox"/> Tarifbeschäftigte(r)	<input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger(in)
bei	Dienststelle (Bezeichnung, Anschrift)		
Teilzeitbeschäftigt	von	bis	mit Wochenstunden (Prozentual oder Bruch)
Unterbrechungszeiten im letzten und laufenden Jahr	von	bis	
Grund:	<input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> Urlaub ohne Bezüge <input type="checkbox"/> sonstiger Grund:		
ausgeschieden	seit		

## 3. Angaben zum Familienstand, Ehegatten / eingetragenen Lebenspartner, Kind / Kindern

a)	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft	seit
	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet		
b)	Ehegatte / eingetragener Lebenspartner			
	Vorname	abweichender Nachname	Geburtsdatum	
c)	Kinder <b>Ich</b> beziehe den Familien-, Orts- bzw. Sozialzuschlag (bei Änderung bitte Nachweise beifügen)			
	Vorname (ggf. anderer Nachname)	Geb.-datum	von	bis
	Vorname (ggf. anderer Nachname)	Geb.-datum	von	bis
	Vorname (ggf. anderer Nachname)	Geb.-datum	von	bis

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)? <b>Wenn ja, bitte Nachweis(e) beifügen!</b>		
	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 <sup>1)</sup>	Seit
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 <sup>1)</sup>	Seit
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

## 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  Unterschrift