Sie können dieses Dokument online ausfüllen und speichern. Dazu muss es mit Adobe Reader oder Adobe Acrobat geöffnet sein.

Beihilfeberechtigter Name, Vorname, ggf. Geburtsname			Personal-Nr.: **BF**
Geburtsdatum	Telefon dienstlich (Angabe freigestellt) /	Telefon privat (Angabe freigestellt) /	Derzeitiger oder früherer Dienstherr/Arbeitgeber
Anschrift des Beihilfeberechtigten (Straße, Nr., Postleitzahl, Wohnort)			E-Mail-Adresse (Angabe freigestellt)

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen
Postfach 16 01 17
01287 Dresden

Antrag auf Gewährung einer Beihilfe

Angaben in den grün markierten Bereichen sind nur bei erstmaliger Antragstellung und bei Änderungen erforderlich; Angaben in den weißen Bereichen sind immer erforderlich.

Wir senden keine Belege zurück. Bitte legen Sie daher nur Kopien bei. Sie können Beihilfe auch mit unserer Beihilfe-App beantragen oder Ihren Antrag per De-Mail übermitteln.

1 Bankverbindung des Beihilfeberechtigten oder Bevollmächtigten

IBAN

BIC

2 Angaben zur Beschäftigung / Versorgung

☐ Beamter auf Zeit / auf Probe / auf Lebenszeit ☐ Beamter auf Widerruf ☐ Dienstvertragsinhaber ☐ Tarifvertrag ☐ sonstige Regelung: ☐ Dienstordnung ☐ Auszubildender ☐ Versorgungsempfänger seit

Beginn der Beschäftigung beim derzeitigen Dienstherrn/Arbeitgeber am _____ ggf. Ende _____

Sind Sie derzeit oder waren Sie in den letzten beiden Jahren vor Stellung des Beihilfeantrags teilzeitbeschäftigt?

☐ nein

☐ ja, vom _____ bis _____ mit _____ Wochenstunden bei _____ Stunden wöchentlicher Regelarbeitszeit

☐ Altersteilzeit vom _____ bis _____

☐ Elternzeit vom _____ bis _____

☐ ohne Bezüge beurlaubt vom _____ bis _____ Grund _____

Haben Sie während dieser Zeit Anspruch auf Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 10 SGB V)?

☐ ja ☐ nein

3 Angaben zum Familienstand

☐ ledig ☐ verheiratet seit _____ ☐ verwitwet seit _____ ☐ eingetragene Lebenspartnerschaft seit _____ ☐ rechtskräftig geschieden seit _____

4 Angaben zum Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartner

Vorname _____ Name (falls abweichend vom Namen des Beihilfeberechtigten) _____ Geburtsdatum _____

Hat der Ehegatte bzw. eingetragene Lebenspartner eine **eigene Beihilfeberechtigung** (z. B. aufgrund beamtenrechtlicher Versorgung, eines Abgeordnetenverhältnisses, einer Beschäftigung im öffentlichen oder kirchlichen Dienst als Beamter/Richter oder Arbeitnehmer oder aufgrund einer sonstigen Beschäftigung)?

☐ ja, bei: _____ seit _____ ☐ nein

Bei einer Teilzeitbeschäftigung bitte Beschäftigungsumfang angeben:

mit _____ Wochenstunden bei _____ Stunden wöchentlicher Regelarbeitszeit

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten nach den Bestimmungen zum Datenschutz finden Sie in unseren Datenschutzhinweisen im Internet unter www.kv-sachsen.de/datenschutz.

Aktuelle Informationen erhalten Sie als Newsletter unter www.kv-sachsen.de

KVS Kommunaler Versorgungsverband Sachsen

© KVS

5 **Für welche Kinder erhalten Sie Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz bzw. dem Bundeskindergeldgesetz oder erhalten das Kindergeld nur deshalb nicht, da eine andere berechtigte Person das Kindergeld erhält oder Sie eine dem Kindergeld vorrangige Leistung erhalten?**

	Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum	Beginn	Eigene Beihilfeberechtigung[1])
1. Kind				☐ ja ☐ nein
2. Kind				☐ ja ☐ nein
3. Kind				☐ ja ☐ nein
4. Kind				☐ ja ☐ nein
5. Kind				☐ ja ☐ nein

Hat auch eine andere Person für ein Kind einen Beihilfeanspruch?

☐ ja, Kind: _____ bei _____ ☐ nein

(falls ja, bitte Originalbelege für das Kind vorlegen)

1) Eine eigene Beihilfeberechtigung kann aufgrund beamtenrechtlicher Versorgung, eines Abgeordnetenverhältnisses, einer Beschäftigung im öffentlichen oder kirchlichen Dienst als Beamter/Richter oder Arbeitnehmer oder aufgrund einer sonstigen Beschäftigung bestehen.

6 **Angaben zum Krankenversicherungsschutz**

Personen	Kurzbezeichnung der Krankenversicherung oder der Krankenkasse	**Bei privater Versicherung** [1]) Prozenttarife				Freie Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung [3])	**Bei einer gesetzlichen Krankenkasse**			Versicherungsschutz besteht seit:
		ambulant %	stationär %	Zahnkost. %	Zusatztarif 2)		pflichtversichert	freiwillig versichert	familienversichert	
Beihilfeberechtigter							☐	☐	☐	
Ehegatte/eingetragener Lebenspartner							☐	☐	☐	
1. Kind							☐	☐	☐	
2. Kind							☐	☐	☐	
3. Kind							☐	☐	☐	
4. Kind							☐	☐	☐	
5. Kind							☐	☐	☐	

1) Umfang des Versicherungsschutzes angeben (beim Erstantrag und bei Änderungen bitte Nachweise beifügen).

2) Hierunter fallen z. B. Ausland-(Reise)versicherungen, Ergänzungstarife für Zahn- und ambulante Kosten, Wahlleistungen im Krankenhaus o.ä., nicht aber Tagesgeldversicherungen (Pflegefalltagegeldversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung, Krankentagegeldversicherung).

3) Ein Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung kann z. B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienstvertraglicher Regelungen bestehen (bitte Nachweis beifügen).

7 Erhalten Sie einen Zuschuss zu den Kosten bei Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen nach § 21 des Abgeordnetengesetzes (Sächsischer Landtag), nach § 27 des Abgeordnetengesetzes (Bundestag) oder nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes?

☐ ja, bei: _____ seit _____ ☐ nein

© KVS

8 **Werden Aufwendungen für den Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartner geltend gemacht?**

☐ ja ☐ nein

Wenn ja:
Übersteigt dessen Gesamtbetrag der jährlichen Einkünfte (vgl. Einkommensteuerbescheid) oder vergleichbare ausländische Einkünfte im Durchschnitt der drei Kalenderjahre vor Entstehen der Aufwendungen 18.000 €?

☐ ja ☐ nein
Bitte die Nachweise für evtl. Anforderungen aufbewahren.

9 **Werden Aufwendungen für ein Kind über 18 Jahre geltend gemacht?**

☐ ja ☐ nein

Wenn ja:

Vorname des Kindes (ggf. abweichender Familienname)	Bestand zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen ein Kindergeldanspruch?
1. Kind	☐ ja **Bitte die Nachweise für evtl. Anforderungen aufbewahren.** ☐ nein
2. Kind	☐ ja **Bitte die Nachweise für evtl. Anforderungen aufbewahren.** ☐ nein
3. Kind	☐ ja **Bitte die Nachweise für evtl. Anforderungen aufbewahren.** ☐ nein

10 **Werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder auf Dauer eingestellt worden sind?** ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, um welche Aufwendungen handelt es sich? Beleg-Nr(n). _____

11 **Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen oder für die Tätigkeit eines von ihm abhängig beschäftigten Mitarbeiters (der nicht selbst liquidationsberechtigt ist) bei einer Heilbehandlung geltend gemacht (nur auszufüllen für Aufwendungen, die vor dem 28.11.2020 entstanden sind)?** ☐ ja ☐ nein
Nahe Angehörige sind: Ehegatte, Lebenspartner, Kinder und Eltern der behandelten Person.

Wenn ja, um welche Aufwendungen handelt es sich? Beleg-Nr(n). _____

12 **Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder anderen schädigenden Ereignis?** ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, Datum des Ereignisses: _____

Es handelt sich um ein(en)

☐ Unfall im Zusammenhang mit Kindergarten- oder Schulbesuch, Studium
☐ Dienstunfall/Arbeitsunfall/Berufskrankheit
☐ Unfall im privaten Bereich
☐ anderes schädigendes Ereignis (z. B. tätlicher Angriff, selbstverschuldete Verletzung)

Um welche Aufwendungen handelt es sich? Beleg-Nr(n). _____

Wurden in Voranträgen bereits damit zusammenhängende Aufwendungen geltend gemacht? ☐ ja ☐ nein

Besteht für diese Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, geben Sie bitte Name, Anschrift und Aktenzeichen des Ersatzpflichtigen/ Kostenträgers und ggf. die ermittelnde Polizeidienststelle an: _____

Bei erstmaliger Geltendmachung geben Sie bitte eine aussagekräftige (Unfall-)Schilderung an:
(ggf. Kopie der (Unfall-)Schilderung für Ihre Krankenkasse/-versicherung)

_____

_____

Angaben und Unterlagen zu Beihilfen in Sonderfällen

13 **In Geburtsfällen:**
Ich beantrage die Pauschale für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung. ☐ ja, Geb.-Datum: _____

Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, steht der Betrag nur einmal zu. Name des Kindes: _____

14 **Bei Aufwendungen für dauernde Pflege bitte die Anlage "Pflege" beifügen.**
Den Vordruck finden Sie im Downloadbereich auf der Internetseite www.kv-sachsen.de oder erhalten ihn auf Anforderung übersandt.

15 **Im Todesfall des Beihilfeberechtigten:**
Für die bis zum Tode des Beihilfeberechtigten für ihn und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen entstandenen krankheitsbedingten Aufwendungen wird Beihilfe nur gegen Vorlage der **Originalbelege** gewährt.

16 **Zusammenstellung der Aufwendungen**

Hinweis: Für die Zusammenstellung der Aufwendungen haben Sie die Möglichkeit, entweder die als Anlage beigefügten Belege zusammenzufassen (a) oder einzeln (b) aufzuführen.

a **Zusammenfassung der Aufwendungen**

Gesamtbetrag der beantragten Aufwendungen: _____ €

Anzahl der beigefügten Belege:
Bitte die einzelnen Belege nummerieren. Mehrseitige Belege oder Belege mit Anlagen gelten als ein Beleg. Bitte nur Kopien beifügen. _____

b **Einzelaufstellung der Aufwendungen**

Tragen Sie die Belege jeweils einzeln, nach **Personen getrennt** und nach **Aufwandsarten geordnet**, ein. Weisen Sie bitte auch Kostenerstattungen von anderer Seite durch Belege nach, z. B. Leistungen einer gesetzlichen Krankenkasse. Soweit die Leistungen aus einer Krankenversicherung nachweislich nach einem Vomhundertsatz (Prozenttarif) bemessen werden, ist kein Einzelnachweis erforderlich. Falls der Platz nicht für alle Eintragungen ausreicht, verwenden Sie ein gesondertes Blatt.

Beleg-Nr.	Datum der Rechnung, Einlösung des Rezeptes	Art der Leistung (z. B. ärztliche Behandlung, Zahnbehandlung, Krankenhaus, Heilpraktiker, Rezept, Sehhilfe, Kur, Rehabilitation)	Rechnungsbetrag €		Kostenerstattung von anderer Seite Prozenttarif oder €		**Bearbeitungsvermerke** (Wird vom KVS ausgefüllt!)
Antragsteller							
Ehegatte/Lebenspartner/Kind(er) Bei Kindern bitte den Vornamen angeben!							
							☐ I. Vor Datenfreigabe Vorlage an:
							☐ II. Zu den Akten
							Name/Datum
		Summe:					

Ich versichere, dass alle Angaben in diesem Antrag richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich auch nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sowie weitere Kostenerstattungen, ausgenommen vertragsgemäße Leistungen von privaten Krankenversicherungen, sofort dem Kommunalen Versorgungsverband Sachsen schriftlich anzuzeigen habe.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt und wird auch nicht bei einer anderen Beihilfestelle oder durch eine andere Person zu einem späteren Zeitpunkt erneut beantragt.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Hinweise:
Die zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Daten (z. B. Name, Anschrift, Angaben zu den Fragen 1 bis 12) werden zur automatisierten Verarbeitung gespeichert. Unterschreibt eine andere Person als der Beihilfeberechtigte, ist erstmalig eine Vollmacht vorzulegen (Ausnahme: Tod des Beihilfeberechtigten).

© KVS