

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 pauschale Beihilfe

1	Ich beantrage unwiderruflich die Gewährung einer pauschalen Beihilfe gem. § 80a Sächsisches Beamten-gesetz (SächsBG) und verzichte auf individuelle Beihilfe nach § 80 SächsBG für mich und meine berücksichtigungsfähigen Angehörigen. ab Grundsätzlich wird die pauschale Beihilfe ab dem ersten Tag des Monats, der auf die Antragstellung folgt (frühestens ab dem 01.01.2024), gewährt (§ 80a Absatz 1 Satz 3 SächsBG). Sie können jedoch auch einen späteren Zeitpunkt angeben.
2	Bankverbindung des Beihilfeberechtigten oder Bevollmächtigten IBAN BIC
3	Angaben zum Familienstand ☐ verheiratet seit ☐ verwitwet seit ☐ ledig ☐ eingetragene Lebenspartnerschaft seit ☐ rechtskräftig geschieden seit
4	Angaben zum Krankenversicherungsschutz des Beihilfeberechtigten Name der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung ☐ freiwillig gesetzlich krankenversichert ☐ 100 v. H. privat krankenversichert ☐ heilfürsorgeberechtigt Höhe des monatlichen Krankenversicherungsbeitrags € ☐ Nachweis ist beige-fügt ☐ Nachweis wird nachgereicht Wird bereits ein Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt (z. B. vom Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger)? ☐ Ja (Nachweis ist beige-fügt) ☐ Nein
5	Berücksichtigungsfähiger Ehegatte bzw. eingetragener Lebenspartner Vorname Name (falls abweichend vom Namen des Beihilfeberechtigten) Geburtsdatum Besteht für den Ehegatten oder Lebenspartner eine eigene Beihilfeberechtigung (z. B. aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen oder kirchlichen Dienst als Beamter/Richter oder Arbeitnehmer, aufgrund eines beamtenrechtlichen oder sonstigen Versorgungsanspruchs, eines Abgeordnetenverhältnisses oder aufgrund einer sonstigen Beschäftigung)? ☐ Ja, bei ☐ Nein Übersteigt der Gesamtbetrag der Einkünfte im Durchschnitt der drei vorausgehenden Jahre die dynamische Einkommensgrenze nach § 80 Absatz 4 Satz 3 SächsBG (für 2024: 18.504 €) ☐ Ja ☐ Nein (Nachweis ist beige-fügt)

6 Berücksichtigungsfähige Kinder

Berücksichtigungsfähige Kinder sind die im Familienzuschlag des Beihilfeberechtigten berücksichtigten Kinder. Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, erhält nur die Person die Beihilfe, die den Familienzuschlag für das Kind erhält.

	Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum	Eigene Beihilfeberechtigung	
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?

☐ Nein

☐ Ja

Kind

berücksichtigungsfähig bei: Name(n), Vorname(n)

7 Angaben zum Krankenversicherungsschutz der Angehörigen

Personen	Kurzbezeichnung der Krankenversicherung oder der Krankenkasse	Art der Krankenversicherung					Höhe des monatlichen Krankenversicherungsbeitrags	Wird bereits ein Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt (z. B. vom Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger)?	
		pfl.-ver-sichert	freiwillig ver-sichert	privat ver-sichert	familien-ver-sichert	heilfür-sorgebe-rechtigt		Ja (Nachweis ist beigelegt)	Nein
Ehegatte/eingetragener Lebenspartner		☐	☐	☐	☐	☐	€	☐	☐
1. Kind		☐	☐	☐	☐	☐	€	☐	☐
2. Kind		☐	☐	☐	☐	☐	€	☐	☐
3. Kind		☐	☐	☐	☐	☐	€	☐	☐
4. Kind		☐	☐	☐	☐	☐	€	☐	☐
5. Kind		☐	☐	☐	☐	☐	€	☐	☐

Unwiderrufliche Entscheidung

Mir ist bewusst, dass die Entscheidung für die pauschale Beihilfe unwiderruflich ist. Sie erstreckt sich auch auf die berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Dies bedeutet, dass ich zukünftig keinen Anspruch auf eine ergänzende individuelle Beihilfe nach § 80 SächsBG zu einzelnen krankheitsbedingten Aufwendungen habe. Die Erstattung entsprechender Aufwendungen richtet sich allein nach den Bedingungen meiner Krankenvollversicherung. Hiervon ausgenommen ist der Anspruch auf individuelle Beihilfe im Fall einer Pflegebedürftigkeit. Bei einem Wechsel aus der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung in ein Versicherungsverhältnis der privaten Krankenversicherung oder umgekehrt oder bei Änderung des Krankenversicherungsumfangs wird die pauschale Beihilfe höchstens in der vor der Änderung gewährten Höhe gewährt.

Erklärung des Beihilfeberechtigten

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den persönlichen Verhältnissen, die zu Änderungen des Anspruchs auf pauschale Beihilfe führen können, unverzüglich mitzuteilen. Weiterhin habe ich Beitragsänderungen sofort anzuzeigen und zu viel gezahlte Beihilfe zurückzuzahlen. Für die Entrichtung der Krankenversicherungsbeiträge bin ich allein verantwortlich.

Ich erkläre, dass ich mich umfassend über mögliche Auswirkungen der Antragstellung auf Gewährung einer pauschalen Beihilfe informiert habe.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Wenn Sie als Bevollmächtigter einen Antrag stellen: ☐ Vollmacht liegt vor

☐ Vollmacht ist beigelegt