

Anlage 8

(zu § 62 Absatz 1)

Antragsteller/in Name, Vorname	Geburtsdatum/in Sterbefällen Sterbedatum	Az.: (Org.-Nr./Personalnummer) (Zwingend anzugeben!)
Anschrift		
		Eingangsstempel
Telefon tagsüber (Angabe freiwillig)	E-Mail-Adresse privat (Angabe freiwillig)	

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

Landesamt für Steuern und Finanzen
 Bezügestelle Dresden
 Referat 339/D – Beihilfe
 Postfach 10 06 55
 01076 Dresden

**Antrag auf
Gewährung von Beihilfe**

Bei erstmaliger Antragstellung oder auf Verlangen der Festsetzungsstelle ist der Antrag vollständig auszufüllen. In Folgeanträgen sind die Fragen 1 sowie 7 bis 14 zu beantworten. Haben sich keine Änderungen ergeben, kann ein Kurzantrag gestellt werden.

Bei Aufwendungen für dauernde Pflege bitte die Anlage „Pflege“ beifügen.

- Anlage „Pflege“ ist beigefügt.
 Ich bitte um Zusendung eines neuen Vordrucks:
 Langantrag Kurzantrag Anlage „Pflege“

1.	<p>Bei wiederholter Antragstellung: Haben sich seit dem letzten Antrag Änderungen hinsichtlich des Dienstverhältnisses/der Versorgung, der Berücksichtigungsfähigkeit des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (im Folgenden: Lebenspartner) oder Kindes oder Änderungen des Krankenversicherungsschutzes (Fragen 2 bis 6) ergeben? <input type="checkbox"/> Ja, bei Frage(n) Nummer _____ <input type="checkbox"/> Nein. Bitte weiter bei Frage 7. Bitte diese Frage(n) vollständig beantworten.</p>																																								
2.	<p>Angaben zum Dienstverhältnis</p> <p><input type="checkbox"/> Beamter/Richter seit: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Beamter auf Widerruf von _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger seit _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mitglied des Sächsischen Landtages seit _____ Anspruch auf Leistungen nach § 21 des Abgeordnetengesetzes ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Teilzeit in Elternzeit von _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vollständige Freistellung vom Dienst</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">von</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">bis</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Grund¹</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>¹ Als Grund kommt beispielsweise in Betracht: Elternzeit, Urlaub ohne Dienstbezüge nach § 98 Absatz 1 Satz 1 SächsBG, Urlaub ohne Dienstbezüge im dienstlichen Interesse, sonstige Freistellung vom Dienst ohne Anspruch auf Besoldung.</p>	von	bis	Grund ¹																																					
von	bis	Grund ¹																																							
3.	<p>Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Vorname (gegebenenfalls abweichender Familienname)</th> <th rowspan="2">Geburtsdatum</th> <th colspan="2">Wegfall</th> <th colspan="2">Wiederaufnahme</th> </tr> <tr> <th>Ja</th> <th>ab</th> <th>Ja</th> <th>ab</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>K1.</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>K2.</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>K3.</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>K4.</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>K5.</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Vorname (gegebenenfalls abweichender Familienname)	Geburtsdatum	Wegfall		Wiederaufnahme		Ja	ab	Ja	ab	K1.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		K2.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		K3.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		K4.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		K5.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Vorname (gegebenenfalls abweichender Familienname)	Geburtsdatum			Wegfall		Wiederaufnahme																																			
		Ja	ab	Ja	ab																																				
K1.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					
K2.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					
K3.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					
K4.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					
K5.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					

4.	Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen?								
	Bei Erstantrag bitte vollständig ausfüllen, auch wenn für nachfolgende Personen keine Beihilfe beantragt wird. Ansonsten Änderungen eintragen. Versicherungsschein oder -bescheinigung bei Erstantrag und Änderung beifügen!								
	Versicherte Person	Der Versicherungsschutz besteht seit	Private Krankenversicherung			Gesetzliche Krankenversicherung			Zusatzversicherung ²
			Normaltarif	Basistarif	Standardtarif	pfllicht-	freiwillig	familien-versichert bei	Ja (Art bitte angeben)
	Antragsteller (A)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ehegatte (E)/ Lebenspartner (L)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1. Kind (K1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Kind (K2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Kind (K3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Kind (K4)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kind (K5)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
² Zusatzversicherungen sind zum Beispiel Zusatztarife für Zahnbehandlungen, Sehhilfen, Ausland, Beihilfeergänzungen; nicht anzugeben sind zum Beispiel Kranken(haus)tagegeldversicherungen. Art der Zusatzversicherung für Person (zum Beispiel A, K1) _____									
5.	Besteht für Sie oder einen Ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine anderweitige Beihilfeberechtigung?								
	<input type="checkbox"/> Ja, für						<input type="checkbox"/> Nein		
	Name, Vorname	Anspruch				Gegenüber wem? Ab wann?			
	<input type="checkbox"/> aufgrund des Erhalts von Versorgungsbezügen <input type="checkbox"/> aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst, bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen und so weiter <input type="checkbox"/> aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses <input type="checkbox"/> als Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> als Beamter								
6.	Ist ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger bei einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig? (zum Beispiel eigene Beihilfeberechtigung des anderen Elternteils)								
	<input type="checkbox"/> Ja (welche Person)						<input type="checkbox"/> Nein		
	Name, Vorname	Wem wurde die Beihilfegewährung zugeordnet?				Ab wann?			

Bitte ab hier alle Fragen beantworten!

7. Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe (zum Beispiel nach Sozialrecht) oder Kostenerstattung (zum Beispiel nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz)?

Ja, für: Nein

Name, Vorname	Art des Anspruchs	Höhe des Anspruchs

Bitte Aufwendungen kennzeichnen und Nachweise vorlegen.

8. Werden Aufwendungen für den Ehegatten oder Lebenspartner geltend gemacht?

Ja, für: Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag Nein

Vorname des Ehegatten/Lebenspartners und gegebenenfalls abweichender Familienname: Geburtsdatum:

verheiratet verwitwet rechtskräftig geschieden seit:

Übersteigt der Gesamtbetrag der jährlichen Einkünfte (§ 2 Absatz 3 EStG) – hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen – des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten/Lebenspartners oder vergleichbare ausländische Einkünfte im Durchschnitt der drei Kalenderjahre vor Leistungserbringung 18 000 Euro?³
(Bei Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit sind von den Brutto-Einkünften die Werbungskosten abzusetzen.)

Ja Nein

Bitte Formblatt „Erklärung der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 EStG für den Ehegatten oder Lebenspartner“ (Anhang 2 der VwV-SächsBhVO) für die drei Kalenderjahre vor Leistungserbringung ausfüllen und mit vorlegen!

³ Für bis zum 31. Dezember 2013 entstandene Aufwendungen ist für die Ermittlung der Einkünfte das Vorvorkalenderjahr vor der Antragstellung maßgebend.

9. Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis? (Ein Unfall ist ein plötzliches, unfreiwilliges und von außen einwirkendes Ereignis, bei dem eine Person einen Schaden erleidet.)

Ja Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag Nein

Unfalldatum: Dienstunfall Schulunfall Arbeitsunfall sonstiger Unfall

Unfallschilderung (gegebenenfalls Beiblatt verwenden, Belege bitte kennzeichnen):

Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung beziehungsweise kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? Hierzu gehören auch Ansprüche gegen Schulträger (Unfallkasse), Sportvereine und so weiter.

Ja, gegen (Name, Anschrift des Erstattungspflichtigen/Kostenträgers, Versicherungsnummer, Aktenzeichen): Nein

10.	Sind Aufwendungen durch die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen oder durch Tätigkeit eines bei ihm abhängig beschäftigten Mitarbeiters, der nicht selbst liquidationsberechtigt ist, entstanden?			<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:			
	Beleg(e) Nr(n).	Name des Behandlers beziehungsweise Liquidationsberechtigten:		
	Der Behandler/Liquidationsberechtigte ist:	<input type="checkbox"/> Ehegatte (E)/Lebenspartner (L) der behandelten Person	<input type="checkbox"/> Elternteil der behandelten Person	<input type="checkbox"/> Kind der behandelten Person
Sind Sachkosten entstanden? Bitte Nachweis beifügen!				
11.	Werden Aufwendungen geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind? (zum Beispiel Ausschluss von Vorerkrankungen)			<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja. Bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen!			
12.	Ich beantrage die Geburtspauschale			<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja. Bitte Geburtsurkunde in Kopie beifügen!			
13.	Auszahlung der Beihilfe			<input type="checkbox"/> Nein
	Ich habe für die beantragte Beihilfe einen Abschlag erhalten <input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von _____ Euro			
14.	Erklärung			
	Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechnung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.			
	Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigefügt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.			
	Stehen die Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis (siehe Nummer 9), bin ich mit der Weitergabe der Daten an die Rechtsabteilung des Landesamtes für Steuern und Finanzen zur Geltendmachung der Regressansprüche einverstanden.			
	Gesamtbetrag der beantragten Aufwendungen: _____ Euro			
	Anzahl der beigefügten Belege: _____			
	Mehrseitige Belege oder Belege mit Anlagen gelten als ein Beleg. Belege bitte nur noch in Kopie vorlegen.			
Ort, Datum		Unterschrift des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten		
		Vollmacht <input type="checkbox"/> liegt dem LSF vor <input type="checkbox"/> ist beigefügt		

Zusammenstellung der Aufwendungen

Die Vorlage der Zusammenstellung bleibt Ihnen freigestellt.

Zum Beihilfeantrag von Frau/Herrn	vom
Hinweise: Bitte ordnen Sie die Einträge und Belege nach Personen und Datum chronologisch. A = Antragsteller, E = Ehegatte, L = Lebenspartner, 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				
Gesamtbetrag				