

1 ▶

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen 

Beihilfeberechtigte/r und Geschäftszeichen		
Nachname, Vorname		Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)
Personalnummer (8-stellig - bitte unbedingt angeben)	Firmennummer (4-stellig) oder ▶	Vertragsnummer (2-stellig)

it oder kleben diese auch nicht auf, da wir die Belege einzeln scannen!

ZPD Hamburg
Fachbereich Beihilfe
Postfach 26 19 64
20509 Hamburg

Beihilfeantrag Allgemeine Leistungen

Für Pflege- und Hospizleistungen bitte gesonderten Antrag verwenden.

Das Ergänzungsblatt bitte nur beifügen beim Erstantrag oder bei Änderungen der dort aufgeführten persönlichen Verhältnisse.

Ergänzungsblatt liegt bei ☐ Ja ☐ Nein

2 ▶

3 ▶

3ften oder klammern Sie die Rech

Wichtige Hinweise
- Sortieren Sie die Belege bitte personenbezogen nach Antragsteller/in (A), Ehegatte/in (E), Lebenspartner/in (L*), Kindern (K) und nummerieren Sie diese bitte anschließend insgesamt fortlaufend, z.B.: A1, A2, A3, E4 oder L4, E5 oder L5, K6, K7, K8. * Lebenspartner/in mit eingetragener Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG). - Bei unfall- / verletzungsbedingten Aufwendungen bitte die Nummer 8 ausfüllen. - Bitte keine Originale einreichen. Eine Rücksendung der Aufwendungsnaehweise erfolgt nicht. - Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb einer Ausschlussfrist von zwei Jahren nach dem Entstehen der Aufwendungen oder der ersten Ausstellung der Rechnung beantragt wird. - Die mit Antrag geltend gemachten Aufwendungen müssen 200 Euro überschreiten. Erreichen die Aufwendungen aus 10 Monaten diesen Betrag nicht, übersteigen aber insgesamt 15 Euro, kann auch hierfür eine Beihilfe gewährt werden. - Mehr Informationen erhalten Sie auf den Internetseiten des ZPD Hamburg unter www.hamburg.de/zpd.

1. Höhe der Aufwendungen / Anzahl der Belege
Die Gesamtsumme der Aufwendungen beträgt: Euro Anzahl der Belege:

2. Überweisung der Beihilfe (bitte nur ausfüllen bei Änderungen)
☐ Auf das Konto, auf das meine Bezüge/Versorgungsbezüge überwiesen werden.
☐ Auf folgendes Konto: Kontoinhaber/in BIC des Kreditinstituts IBAN

3. Anschrift (bitte nur ausfüllen bei Änderungen)
☐ der/des Beihilfeberechtigten: ☐ der/des Bevollmächtigten: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort Telefon

4 ▶

4. Zusendung von Antragsformularen
Ich benötige: ☐ den Antrag Allgemeine Leistungen ☐ den Antrag Allgemeine Leistungen und das Ergänzungsblatt

5 ▶

5. Angaben zu Einkünften des Ehegatten/Lebenspartners, wenn für diesen Aufwendungen geltend gemacht werden
Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) Ihres Ehegatten/Lebenspartners im vergangenen Kalenderjahr 18.000 Euro? ☐ Ja ☐ Nein Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag übersteigen? ☐ Ja ☐ Nein

6. Angaben zu Renten

Erhalten Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger eine Rente? ☐ Nein ☐ Ja, und zwar:

(hierzu zählen nicht die Versorgungsbezüge der Freien und Hansestadt Hamburg).

	Alters- rente	Witwen-/ Witwerrente	Waisen- rente	Betriebs- rente	VBL- Zusatzversorgung	Sonstige
Antragsteller/in	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ehegatte/ Lebenspartner	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kinder	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wurde eine Rente beantragt? ☐ Nein ☐ Ja
für (Name): _____ wann: _____

7. Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen (nur für Aufwendungen bis 31.12.2014)

Erhalten Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger einen **Zuschuss** zu den Krankenversicherungsbeiträgen? ☐ Nein ☐ Ja

Name	seit	vom Arbeit- geber	vom Rentenver- sicherungsträger	Höhe des monatlichen Zuschusses
		☐	☐	Euro
		☐	☐	Euro

Wenn Ja, bitte Nachweise beifügen!

Sollten Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger einen Zuschuss von mehr als 40,99 Euro monatlich zu den privaten Krankenversicherungsbeiträgen erhalten, kommt es zur Kürzung des Bemessungssatzes um 20% (§ 80 Abs. 9 HmbBG).

6

8. Unfall- und verletzungsbedingte Aufwendungen (bitte auch bei Folgekosten beantworten)

☐ Folgende Aufwendungen sind unfall-/verletzungsbedingt: Beleg-Nr. _____ Schadenstag _____

☐ Angaben zum Unfall/zur Verletzung liegen bereits vor.

Der Unfall/die Verletzung ereignete sich

☐ während Arbeits-/Dienstzeit/Ehrenamt/Nebentätigkeit (einschließlich Weg).

☐ während Hochschule/Schule/Kinderbetreuung (einschließlich Weg).

☐ im Zusammenhang mit einer Straftat (z.B. Überfall, Schlägerei).

☐ Es liegt ein anderes schädigendes Ereignis vor. Wenn ja, bitte kurze stichwortartige Beschreibung: _____

Sind Dritte an dem Unfall/der Verletzung beteiligt oder können ggf. verantwortlich gemacht werden:

☐ Nein ☐ Ja (In diesem Fall ist ein ausführlicher Unfallbericht beizufügen. Hierzu steht Ihnen der Vordruck P 10.303 zur Verfügung.)

7

9. Besonderheiten

☐ Die Behandlung erfolgte durch einen nahen Angehörigen:

Beleg-Nr. _____ Name des Angehörigen und Verwandtschaftsverhältnis _____

(Nahe Angehörige der behandelten Person sind Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Eltern sowie Kinder; wurde die Behandlung im Auftrag eines nahen Angehörigen durch einen Erfüllungsgehilfen erbracht, so gelten auch die vom nahen Angehörigen berechneten Leistungen als dessen eigene Leistungen.)

8

10. Erklärung der/des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten und Datenschutzhinweis

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben. Mir ist bekannt, dass ich überzahlte Beihilfen zu erstatten habe. Weiterhin habe ich Erlöse beim Verkauf von Hilfsmitteln sowie nachträgliche Preisnachlässe und Kostenerstattungen sofort anzuzeigen und die zu viel gezahlte Beihilfe zurückzahlen (vertragliche Leistungen von privaten Krankenversicherungen sind davon ausgenommen). Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe gezahlt.

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt ausschließlich zu Zwecken der Beihilfearbeitung sowie gegebenenfalls der im Zusammenhang mit dem Beihilfeantrag stehenden behördlichen und gerichtlichen Verfahren (§ 86 Hamburgisches Beamten-gesetz). Dies schließt bei Unfällen mit Drittbeteiligung die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus übergegangenem Recht (§ 53 Hamburgisches Beamten-gesetz) mit ein.

Datum _____ Unterschrift _____

Wenn Sie als Bevollmächtigte/r einen Antrag stellen: ☐ Vollmacht liegt vor ☐ Vollmacht ist beigelegt

Erläuterungen zum Beihilfeantrag

Dieses Merkblatt dient als Ausfüllhilfe für den Beihilfeantrag Allgemeine Leistungen. Die nummerierten Erläuterungen enthalten Hinweise zum korrekten Ausfüllen der mit diesen Ziffern gekennzeichneten Felder.

- 1 ► Die Kopfzeile des Antragsvordruckes ist immer auszufüllen. Hier ist die beihilfeberechtigte Person mit Name, Vorname, Geburtsdatum, Personalnummer und vierstelliger Firmennummer (siehe Bezügemitteilung) bzw. zweistelliger Vertragsnummer (siehe Versorgungsmitteilung) anzugeben.

Wichtig: Hier bitte nicht den Namen eines berücksichtigungsfähigen Angehörigen oder Bevollmächtigten eintragen, sondern ausschließlich den Namen der Person, die gemäß § 80 Absatz 2 Nr. 1-3 Hamburgisches Beamtengesetz (HmbBG) beihilfeberechtigt ist.

- 2 ► Die Gesamtsumme entspricht der Summe aller eingereichten Rechnungen und Rezepte, unabhängig Ihres Beihilfebemessungssatzes. Die Anzahl der Belege entspricht der Anzahl eingereicherter Rechnungen/Rezepte. Beispiel: Eine Rechnung über 3 Seiten = 1 Beleg, 4 Rezepte = 4 Belege.

- 3 ► Die Beihilfe wird grundsätzlich auf das Konto, auf das auch Ihre Bezüge überwiesen werden, gezahlt. Wünschen Sie eine Überweisung auf ein anderes Konto, geben Sie die notwendigen Daten bitte in der entsprechenden Spalte an.

Achtung, dies ist bei jeder Veränderung der Bankverbindung erneut notwendig. Ohne weitere Angabe, erfolgt die Überweisung der Beihilfe auf das zuletzt angegebene Konto!

- 4 ► Wir empfehlen Ihnen sich über uns ein neues Antragsformular/Ergänzungsblatt zusenden zu lassen, da diese bereits mit Ihrer Personalnummer und Firmen- beziehungsweise Vertragsnummer versehen sind und uns die Zuordnung so erleichtern.

- 5 ► Wenn für die Ehegattin oder den Ehegatten beziehungsweise die Lebenspartnerin oder den Lebenspartner Aufwendungen geltend gemacht werden, sind diese gemäß § 80 Absatz 11 HmbBG grundsätzlich nur beihilfefähig, sofern der Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten/Lebenspartners nach § 2 Absatz 3 Einkommensteuergesetz im Kalenderjahr vor Antragstellung den Betrag von 18.000 Euro nicht übersteigt.

- 6 ► Bei Unfällen und Verletzungen jeglicher Art geben Sie an dieser Stelle bitte eine stichwortartige Beschreibung des Verletzungsgrundes ab. Bei der Beteiligung bzw. möglicher Verantwortung Dritter ist zusätzlich ein ausführlicher Unfallbericht beizufügen. Gerne können Sie hierfür den Vordruck Unfallbericht mit Anlage (P 10.303) verwenden.

Für Unfallereignisse ist seit dem 1. Januar 2016 gegebenenfalls das Zentrum für Personaldienste (ZPD) - ZPD 141 - Unfallservice - zuständig (nicht: Beihilfestelle, Krankenversicherung oder Unfallversicherungsträger). Ihre Personalabteilung kann Ihnen hierzu Auskunft erteilen.

Bei Hochschul- oder Schulunfällen in einer Kinderbetreuungseinrichtung (einschließlich Weg) sind zunächst Leistungen der örtlich zuständigen gesetzlichen Unfallversicherung in Anspruch zu nehmen.

Sind die Verletzungen auf einen vorsätzlichen, tätlichen Angriff zurückzuführen, können Sie zwischen Beihilfeleistungen und Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz wählen. Für Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz wenden Sie sich bitte an das Versorgungsamt. Siehe hierzu auch das Merkblatt für Opfer von Gewalttaten.

- 7 ► Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit naher Angehöriger bei einer Heilmaßnahme (z.B. ärztliche Leistungen, physikalische Anwendungen) sind nach § 2 Absatz 1 HmbBeihVO nicht beihilfefähig. Nahe Angehörige im Sinne dieser Verordnung sind die Ehegatten/Lebenspartner, Eltern oder Kinder der behandelten Person. Dies gilt auch, wenn die Behandlung eines nahen Angehörigen durch einen Erfüllungsgehilfen (z.B. ein Mitarbeiter im Auftrag) erbracht wird.
- 8 ► Sowohl sämtliche Anträge als auch das Ergänzungsblatt müssen zur weiteren Verarbeitung zwingend mit einer Unterschrift versehen sein.

Sind Sie Bevollmächtigter, dann muss eine Vollmacht vorliegen. Den Vordruck für eine Vollmacht finden Sie unter Anträge, Merkblätter und Rechtsgrundlagen.

Weitergehende Informationen, wie zum Beispiel Merkblätter finden Sie im Internet unter www.hamburg.de/zpd – für aktiv Bedienstete stehen diese Informationen auch im Personalportal zur Verfügung.

Bei Bedarf können die Merkblätter bei der Beihilfefestsetzungsstelle angefordert werden.

Kontakt:

Zentrum für Personaldienste | Beihilfe | Normannenweg 36 | 20537 Hamburg

E-Mail: beihilfe@zpd.hamburg.de | Internet: www.hamburg.de/zpd

Unsere Sprechzeiten finden Sie im Internet oder erfahren Sie unter Telefon 040 42805-4141.

Telefonische Anfragen richten Sie bitte während der Sprechzeiten an den Fachbereich.

Informationen zum allgemeinen Bearbeitungsstand erhalten Sie unter Telefon 040 42805-4099.