SH Schleswig-Holstein Dienstleistungszentrum Personal

Beihilfeberechtigte/r	
Personalnummer	Telefon (freiwillige Angabe)
Name, Vorname	Geburtsdatum

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

Dienstleistungszentrum Personal
des Landes Schleswig-Holstein
Postfach 14 12
24013 Kiel

Beihilfeantrag Allgemeine Leistungen

Verwenden Sie bitte für sämtliche **Pflegeaufwendungen** das separate Antragsformular**.**

Denken Sie daran, das **Beiblatt Persönliche Daten** ausgefüllt beizufügen bei erstmaliger Antragstellung und bei Änderung der persönlichen Daten.

Wichtige Hinweise

- ➔ Reichen Sie **keine Originale** ein, sondern gut lesbare Duplikate, Zweitschriften oder eigenständig gefertigte Fotokopien.
- ➔ Bitte machen Sie sich eigene **Kopien der Belege für Ihre Unterlagen**. Sämtliche Belege werden nicht zurückgesandt, sondern nach Rechtskraft des Beihilfebescheides bei uns vernichtet.
- ➔ Reichen Sie pro Beihilfeantrag **max. 20 Belege** ein.
- ➔ Bitte **sortieren** Sie die Belege nach Personen geordnet: Beihilfeberechtigte/r, Ehe- bzw. Lebenspartner/in, Kinder.
- ➔ Bitte sortieren Sie die **Verordnungen** und Leistungsbescheinigungen zu den entsprechenden Rechnungen.
- ➔ Beachten Sie bitte die **Ausfüllhinweise**. Hier finden Sie u.a. Informationen darüber, welche Anlagen Sie ggf. noch beifügen müssen.
- ➔ **Formulare** finden Sie im Internet unter www.schleswig-holstein.de/DLZP in der Rubrik Formulare & Service.



1 Überweisung

➔ nur ausfüllen, wenn abweichend vom Gehaltskonto ➔ bitte Ausfüllhinweise beachten

Name Kontoinhaber/in	
IBAN	BIC

2 Aufwendungssumme / Beleganzahl

Gesamtsumme der Aufwendungen in Euro	Anzahl der Belege (z.B. Rechnungen, Arzneimittelverordnungen)

3 Unfall, Verletzung, Gesundheitsschaden mit Drittverschulden

➔ bitte Ausfüllhinweise beachten

Folgende Aufwendungen sind unfall-/verletzungsbedingt und die Schädigung wurde eventuell oder sicher durch Dritte verursacht:

Belege vom (Rechnungsdatum)	Datum der Schädigung

➔ Vordruck „Anzeige Personenschäden“ ☐ ist beigefügt ☐ liegt bereits vor ➔

☐ mit Beihilfeantrag vom ☐ bei der für den Regress zuständigen Stelle

Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, aus der Sozialen Entschädigung nach SGB XIV (ehemals Opferentschädigungsgesetz) oder aus anderen Kostenerstattungsvorschriften? ☐ ja ☐ nein

➔ Ablehnungsbescheid/Erstattungsnachweis ☐ ist beigefügt ☐ liegt bereits vor

4 Einkünfte Ehe- bzw. eingetragene/r Lebenspartner/in ➔ nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für diese/n geltend gemacht werden

Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte Ihres/r Ehe- bzw. eingetragenen Lebenspartners/in laut Einkommenssteuerbescheid im Vorvorkalenderjahr vor Stellung dieses Beihilfeantrags 20.000 Euro (§ 2 EStG)? ☐ ja ☐ nein

5 Auslandsaufwendungen ➔ nur ausfüllen, wenn Sie außerhalb Deutschlands entstandene Aufwendungen einreichen und eine Auslandskrankenversicherung besteht

Für folgende im Ausland behandelte/n Person/en besteht eine Auslandskrankenversicherung:
Name, Vorname

Es handelt sich um eine ☐ Vollkostenversicherung (Vollständige Kostenerstattung ohne Anrechnung von Beihilfeleistungen)
☐ Restkostenversicherung (Reduzierung der Versicherungsleistungen um die zustehende Beihilfe)

Bei vorhandener Auslandskrankenversicherung sind die Aufwendungen zuerst dort einzureichen. Die Leistungsmitteilung der Auslandskrankenversicherung reichen Sie bitte anschließend zusammen mit den Rechnungsbelegen erneut beim Dienstleistungszentrum Personal ein. Diese Nachweispflicht besteht auch, wenn die Auslandskrankenversicherung zu den Aufwendungen keine Erstattung leistet.

6 Abschlag

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten in Höhe von Euro	Bescheid vom

7 Zusendung von Antragsformularen

Ich benötige

☐ Antrag Allgemeine Leistungen ☐ Antrag Pflege ☐ Beiblatt Persönliche Daten ☐ Ausfüllhinweise

8 Antragsteller/in ➔ nur ausfüllen, wenn Sie nicht die/der Beihilfeberechtigte sind ➔ bitte Ausfüllhinweise beachten

Ich bin

☐ Bevollmächtigte/r ☐ Kind, Ehe-/Lebenspartner/in ☐ sonstige/r Erbe/in ☐ Nachlassverwalter/in

Name, Vorname der antragstellenden Person

Anschrift

➔ Nachweis ☐ ist beigefügt ☐ liegt bereits vor

9 Unterschrift

Ich versichere mit dem Einreichen dieses Antrags die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Beihilfebewilligung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Nachlässe auf die Kosten sofort anzuzeigen habe. Mir ist bekannt, dass ich überzahlte Beihilfe zu erstatten habe. Mir ist weiter bekannt, dass ich im Falle bewusst unrichtiger oder unvollständiger Angaben sowie Verfälschung von Belegen strafrechtlich und disziplinarrechtlich verfolgt werde. Arbeitnehmer/innen haben mit einer Kündigung zu rechnen. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Ort, Datum	Unterschrift X